

Université de Montréal

**Les interventions psy dans les communautés autochtones du Nord du Québec : la
transculturation d'une pratique nomade**

Par Edgar Blanchet

Département d'anthropologie

Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et Sciences en vue de l'obtention du grade de maître ès
sciences (M.Sc.) en anthropologie

Octobre 2019

© Edgar Blanchet, 2019

Page d'identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Les interventions psy dans les communautés autochtones du Nord du Québec : la
transculturation d'une pratique importée en contexte colonial

Présenté par:
Edgar Blanchet

Évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Président-rapporteur : Bob White
Directeur de recherche : Pierre Minn
Membre du jury : Caroline Desbiens

Mémoire accepté en
2019

Résumé

L'étiologie et l'épistémologie biomédicale sont importées par les psychiatres, les thérapeutes et les intervenants-es qui pratiquent en milieux autochtones. Elles entrent parfois en conflit avec des conceptions locales des troubles (Laplatine 1998 ; Summerfield et al. 2016). C'est en réaction à ce problème que des champs d'études interdisciplinaires relativement récents tels que la psychiatrie transculturelle et l'ethnopsychiatrie se sont développés. Ces disciplines proposent une épidémiologie socioculturelle et contextuelle de la santé mentale ainsi que des traitements alternatifs originaux (Lecompte et col. 2006). La différence culturelle ferait partie des obstacles au succès du travail de prévention, au traitement et particulièrement au développement d'une alliance thérapeutique (Chandler et Lalonde 1998 ; Kirmayer 2003 et 2009 ; Sterlin et Dutheil 2000). Dans le Nord du Québec, l'enjeu de la différence sociale et culturelle s'ajoute au fait que certains services de santé sont parfois difficiles à offrir dans les communautés nordiques et donc éloignées des centres urbains et hospitaliers. De plus, le roulement des employés y serait plus grand (Paré 2004).

Cette recherche étudie spécifiquement la rencontre clinique dans un contexte interculturel précis et l'adaptation des services et des cadres psychothérapeutiques qui en suit. Le travail des intervenantes et leur vécu est documentés et analysés en profondeur. Cette recherche accorde une attention particulière à l'analyser de la dynamique originale du soin de type « fly-in, fly-out » (FIFO) et à ses effets sur l'issue des rencontres cliniques. Les données de l'étude témoignent de plusieurs modifications apportées à la pratique des soignantes suite à ce que j'appelle leur psytinéraire interculturel en contexte colonial.

Mon étude est fondée sur une approche inductive et qualitative. L'analyse conjugue des données provenant d'une quinzaine d'entrevues semi-dirigées avec des informateurs-trices psy- de même que du matériel de prévention et de formation que ces informatrices ont développé.

En bref, je m'intéresse à la manière dont s'articulent la prévention et les soins de santé mentale et aux défis rencontrés par les intervenantes psy. Les variables mises en cause sont : les effets de l'éloignement et de l'isolement (« fly in fly out » - FIFO), la différence sociale et culturelle et d'autres particularités liées au contexte colonial qui entrent en jeu lors des rencontres thérapeutiques (violences coloniales, traumatismes, pauvreté, etc.). Finalement, je me questionne sur les éléments des modèles d'interventions transculturelle et ethnopsychiatrique qui pourraient être importés dans ce contexte afin que le travail clinique ait davantage de succès. En trame de fond, j'interroge quelle place prend la culture portée par les différents acteurs de la rencontre dans les traitements. Une perspective systémique complémentariste inspirée des travaux de George Devereux et de Grégory Bateson s'est avérée très utile.

Mots-clés : *culture et santé mentale, psychiatrie transculturelle, ethnopsychiatrie, rencontre interculturelle, santé mentale autochtone, épidémiologie sociale et culturelle.*

Abstract

This exploratory study focuses on the mental health care services provided within aboriginal communities in Northern Québec, through a systemic and ethnopsychiatric perspective. Based on an approach both inductive and qualitative, this analysis relies on data from some fifteen semi-structured interviews with informants from the psychological and psychiatric fields, combined with educational and prevention materials developed by those actors. This study first wishes to document and examine the peculiar dynamics of mental health care within northern communities and how the medical staff adapts its methods, yet it also wishes to question the very own nature of the provided mental health care system, focusing especially on the impact of the alternating care providing system (the "fly-in, fly-out") on the outcomes of clinical meetings.

While presenting some advantages, this structure of care still raises numerous issues, from the constraints emerging from cultural differences, to the geographical and demographical situations of those communities, even raising issues linked to the colonial history of Quebec. In this context, all the boundaries of medical intervention are increased, as well as risks associated with errors, re-traumatization, even neo-colonisation. Consequently, therapists seem to see their practice *transcultural* once immersed in a new environment. I therefore examine potential elements for a new model of transcultural and ethnopsychiatric intervention, that once developed, might help clinical works be more successful. Moreover, the idea is to think more generally about what should be the place given to the culture of the care providers, in order to start creating an environment more in line with the issues brought by the testimonies I collected.

Finally, this Master Thesis wishes to link theories of ethnopsychiatry and transcultural psychiatry to field work in the Northern territories, in order to offer a reflection on the decolonization of mental health care, through the use of a complementarist systemic perspective and a community-based, partnership-based approach.

Key-words: culture and mental health, transcultural psychiatry, ethnopsychiatry, intercultural encounter, aboriginal mental health.

Table des matières

Résumé	III
Abstract	IV
Table des matières	V
Liste des tableaux	IX
Liste des figures.....	X
Listes des sigles et des abréviations	XI
Remerciements	XII
Introduction	1
CHAPITRE 1 Influences théoriques et cadre conceptuel	9
1.1 L'ethnopsychiatrie de G. Devereux	12
1.1.1. Psyché et Culture, le double universalisme.....	13
1.1.2. Rencontre inter-groupes et négativisme social.....	16
1.1.3. Transculturation et psychiatrie transculturelle	20
1.2 Ethnopsychiatrie et psychiatrie transculturelle : la cohabitation de deux modèles à Montréal	22
1.2.1 L'approche ethnopsychiatrique clinique	23
1.2.2 L'approche anglo-saxonne (Université McGill)	27
1.2.3 Comparaison critique des deux dispositifs cliniques	29
1.3 Épistémologie de la rencontre (interculturelle) : une approche systémique.....	32
1.3.1 Perspective communautaire sur la psychologie et la psychiatrie	34
1.4 Le problème culturel.....	36

1.4.1	Les pièges liés à l'utilisation du terme culture ou le projet insensé de la compétence culturelle.....	36
1.4.2	De la difficulté d'opérationnaliser le concept de culture pour la clinique	38
1.4.3	Concernant les cultures autochtones	40
1.5	Colonisation et santé mentale	44
1.5.1	Décoloniser la santé mentale	48
1.5.2	Approches postcoloniales ou intégrées	49
1.6	Conclusion	52
CHAPITRE 2 Contexte à l'étude : considération éthiques, épistémologiques et méthodologiques		
		55
2.1	L'identification autochtone.....	56
2.1.1	Pan-indianisme : généralisation et particularisme en tension	59
2.2	Politique canadienne et les Autochtones	61
2.2.1	Contacts avec les services de santé	62
2.2.2	En matière de santé et de santé mentale	64
2.2.3	Dans la recherche en santé mentale avec des Autochtones	69
2.2.4	Racisme systémique et sécurité culturelle	70
2.3	Organisation du travail psychiatrique et psycho- thérapeutique dans le Nord	72
2.3.1	Pour les Cris	73
2.3.2	Pour les Inuit	75
2.4	Considérations épistémologiques	78
2.4.1	De l'anxiété à la méthode dans les sciences du comportement	78
2.4.2	Décoloniser la méthodologie	81
2.5	Méthodologie : entretiens semi-dirigés et analyse qualitative.....	81
2.5.1	Analyse et risques de confusion entre deux variables	83
2.5.2	Biais et éthique	84
CHAPITRE 3 Les contraintes à la rencontre : le double défi d'une pratique itinérante et interculturelle.....		
		89
3.1	Profil des thérapeutes, trajectoires personnelles et motivations	91

3.2	Nomadisme et continuité relationnelle des soins.....	92
3.3	Téléthérapies (psychologie et psychiatrie)	95
3.4	La posture de l'étranger, anonymat et confidentialité	97
3.4.1	Éthique et déontologie	99
3.4.2	Interprétariat et médiation interculturelle	102
3.5	Autres dynamiques de village, de petites communautés et isolement relatif	103
3.6	Conclusion	104
CHAPITRE 4 Rencontre thérapeutique dyadique : éléments sociaux et culturels de		
	l'intervention ou « deux cultures qui se heurtent »	105
4.1	Particularités sociales des milieux	105
4.1.1	La diversité externe et interne des milieux.....	106
4.1.2	Des conditions socio-économiques particulières	107
4.1.3	Violences, alcoolisme et comportements destructeurs.....	107
4.2	Confrontation interculturelle et altération du cadre et de la pratique	109
4.2.1	Dans l'interaction clinique en face à face	111
4.2.2	Le cadre thérapeutique	113
4.2.3	Au sujet de la clientèle	116
4.3	Une grande méfiance	117
4.4	Et l'importance du culturel ?	119
4.4.1	Croyances et pratiques.....	120
4.4.2	Les rêves.....	123
4.4.3	Guérison traditionnelle	123
4.4.4	Trauma et colonisation	127
4.4.5	Diagnostics et surreprésentation.....	130
4.5	Conclusion et mise en garde	132
CHAPITRE 5 Ethnopsychiatrie analogique ou une rencontre d'une autre nature.....		
5.1	Éléments d'ethnopsychiatrie en convergence.....	137
5.1.1	La langue, l'interprétariat et la culture	139
5.2	Sortir du cadre pour entrer dans le cercle : le cadre thérapeutique et le déroulement des séances	144

5.3	Émotions et somatisation.....	149
5.4	L'implication du thérapeute, le transfert et les connaissances	151
5.4.1	Contre-transfert culturel	157
5.4.2	Attitudes et positions intérieures des thérapeutes.....	161
5.5	Fly-in-Fly-out : continuité ou discontinuité ?	161
5.6	Choc et rétrochoc culturel.....	164
5.7	Conclusion : Une position frontalière.....	166
CHAPITRE 6 De la transculturation d'une pratique pour une approche intégrée, dialogique et englobante		171
6.1	L'importance du milieu et de la communauté dans le soin psychique	172
6.1.1	Une psychologie et une psychiatrie communautaire	177
6.2	Néocolonialisme et re-traumatisation	181
6.2.1	Traumas historiques, intergénérationnels ou la politique de la psyché.....	186
6.2.2	La démarche diagnostique mise en question	189
6.3	<i>Tout est dans tout</i> ou l'intérêt d'une approche systémique complémentariste	191
6.3.1	Exemple 1 : la violence	193
6.3.2	Exemple 2 : la méfiance	196
6.4	Éléments étiologiques en collision	198
6.4.1	Étiologies et épidémiologie socioculturelle	199
6.4.2	Le lieu, le temps ou l'espace-temps thérapeutique.....	200
6.4.3	Le territoire comme symbole et comme lieu de guérison	201
6.4.4	Le corps et la parole	203
6.5	Conclusion de chapitre	203
Conclusion.....		205
Bibliographie		210
Annexes		225
Annexe 1 – Grille d'entretien semi-dirigé – psychothérapeutes et psychiatres		225
Annexe 2 – Formulaire de consentement		227

Liste des tableaux

Tableau 1- Parallèle entre la notion d' accordage culturel et les données de la recherche	139
Tableau 2- Avantages et désavantage de l'organisation fly-in fly-out.....	148
Tableau 3 - L'exemple de la violence : synthèse des variables explicatives du cas de figure	195
Tableau 4 - L'exemple de la méfiance : synthèse des variables explicatives du cas de figure.....	197

Liste des figures

Figure 1 – Carte des villages cris et inuit (Canada, 2010)	74
Figure 2 – Le FIFO entre ethnopsychiatrie et santé mentale mondiale	168

Listes des sigles et des abréviations

ACRC : Acute and/or chronic reaction to colonialism

CBJNQ : Convention de la Baie-James et du Nord-du-Québec

CCNSA : Centre de collaboration nationale de la santé des autochtones

CRSSSK : Conseil régional de la santé et de services sociaux Kativik

ETM : Espace thérapeutique à la maison

FIFO : Fly-in-Fly-out

ITK : Inuit Tapiriit Kanatami

LABRRI : Laboratoire de recherche en relations interculturelles

SSNA : services de santé non assurés

Remerciements

Je ne pense pas que la rédaction d'un mémoire de maîtrise soit un accomplissement solitaire. Celui-ci a dépendu de l'aide et du support de très nombreuses personnes que je me dois de remercier du plus profond de mon cœur. Tout d'abord, je dois exprimer ma plus grande gratitude à l'ensemble des participantes qui ont accepté de participer à ma recherche. Elles m'ont accordé beaucoup de leur temps et m'ont fait part de leurs expériences, de leurs opinions, de leurs intuitions et de leur passion. Leurs témoignages et leurs idées ont complètement orienté les réflexions que je ne fais que rapporter ici pour la plupart du document. Les résultats de cette recherche sont complètement tributaires de la profondeur de leurs réflexions et de leur niveau d'analyse extrêmement élevé.

Je dois offrir un grand merci à mon directeur de recherche, Pierre Minn, pour son accompagnement et son écoute attentionnée, ses judicieux conseils, ses commentaires et sa très grande patience. Merci aussi à Carlo Sterlin, pour l'ensemble de ses textes, pour sa pensée critique si inspirante et pour ses conseils.

Merci à mes collègues et amis Stéphane, Melen, Cassandre, Anaïs, Mariette, Mathilde GB, Antoine, Julien, Mathilde VT, Ninon, Annick, Gabrielle, Vincent... et tous les autres collègues du groupe d'écriture et des séminaires pour leurs échanges et leurs conseils.

Merci à ma famille : à mes parents pour leur support et pour m'avoir transmis leur passion pour l'aide à autrui et pour les mystères du psychisme humain et un merci particulier à ma sœur Isadora qui m'a accompagné à chaque étape du processus et qui m'a grandement appris.

Finalement, merci à Laurence, Fleur de Fenouil, d'être aussi rayonnante à tous les jours. Tu m'as tant supporté et particulièrement pour traverser l'infinie finition du travail.

*Amanthe poivrée
Parfait parfum,
Fine farine,
Fleur de Fenouil,*

*Ne change pas,
Reste en bouquet !*

(Marc Favreau – Sol).

Introduction

*On rencontre une personne, mais on a quand même une communauté en fait. Et ça c'est drôle, parce que je le sais, mais j'ai toujours mon « réflexe de blanc » qui fait que je n'y pense pas, il faut que je me force à penser au lien communautaire qu'il y a dans cette personne-là, comme plus important... Et d'aller vérifier comment elle se positionne par rapport à son groupe...
(Lou, psychologue).*

Tant de choses se mettent en action au moment d'une rencontre. Au travers des individus, se rencontrent, et parfois se confrontent des visions divergentes du monde, véhiculées par les gens et leurs bagages culturels et personnels agencés de manière bien originale. Il faut se garder de comprendre ce phénomène universel comme étant nécessairement négatif. Ces divergences peuvent être de degrés plus ou moins importants et dépendent toujours du contexte, ce qui change avec chaque acteur de la rencontre. Les acteurs sont quant à eux modelés par une quantité innombrable de facteurs ou d'agents de socialisation. Selon le laboratoire de recherche en relations interculturelles (LABRRI), on peut échelonner ces agents façonnant sur au moins deux niveaux : les expériences individuelles (personnalité et caractère, famille et toute la trajectoire personnelle) et les influences des groupes, c.-à-d. du niveau communautaire et culturel, qui façonnera en une expression singulière l'ensemble des universaux de l'espèce humaine. Ainsi, dans cette perspective, la différence culturelle est aussi variable en degrés, selon les éléments qui sont mobilisés dans chaque situation. Elle serait certes parfois source de malentendus ou de conflits. En tant que facteur de différence, la culture est très saillante puisqu'elle fait émerger de manière très distinctive certaines divergences de vision et de valeurs et permet de prendre conscience de son propre particularisme. Elle met en lumière donc des spécificités difficiles à discerner lors d'une rencontre intraculturelle, ce que George Devereux appelle des rencontres didactiques (Devereux 1970). C'est en ce sens que j'interprète l'affirmation d'Ellen Corin selon laquelle l'anthropologie a une position privilégiée pour « libérer les questions de leurs présupposés implicites et à les reformuler à partir d'une autre culture » (Corin 2010).

Une approche anthropologique de la santé (qui inclut donc la santé mentale) rappelle depuis longtemps le constat que l'approche biomédicale des troubles psychiques¹ transmet aussi

¹ Trouble psychique sera utilisé comme synonyme de trouble de santé mentale. En corrélat, soin ou soutien de la psyché désignera pareillement soin ou soutien de santé mentale. Enfin, la notion d'appareil psychique est à comprendre comme une analogie qui servit Freud pour illustrer l'idée de fonctionnement dynamique du conscient et de l'inconscient (dictionnaire de psychanalyse Laplante et Pontalis 1981).

une étiologie bien spécifique de la maladie, qui contient tout autant d'aspects culturels que toute autre approche qualifiée de « traditionnelle » ou de « culturelle ». Cette enveloppe culturelle des soins biomédicaux, seulement forte de son « fondement scientifique », désigne les spécificités de l'interprétation, de l'expression et de l'explicitation des maladies, tout comme l'approche à privilégier dans les traitements (Devereux 1970 ; Kleinman et al. 1978). Ces conceptions qui sous-tendent la manière d'adresser cliniquement les problèmes psychiques sont alors portées par la pratique des psychiatres, des psychothérapeutes et d'autres intervenantes² qui sont formées au sein des institutions occidentales.³

Le travail clinique et psychique, pour ce qui nous intéresse dans ce mémoire, se caractérise par une rencontre intersubjective d'un autre. En contexte interculturel en surcroît, cet autre peut être porteur de différences étiologiques et épistémologiques, qui permet donc de discerner plus particulièrement l'empreinte culturelle des traitements occidentaux. Sur ce point, plusieurs auteurs contestent une application d'un traitement identique à des patients de différentes origines ou dans d'autres contextes⁴ (Leninger 1988 et 2002 ; Summerfield 2008 ; Lecompte et al. 2006 ; Nichter et Lock 2003 et Bibeau et Corin 1995). De plus, l'intensification de la migration et de la diversification des populations exige des intervenantes en santé à composer avec une clientèle extrêmement diverse et à vivre de plus en plus de chocs des étiologies et des chocs culturels au sein des cliniques (De Plaen 2006 et 2010 ; DelVecchio Good et Hannah 2015 ; Hannah 2011). C'est en réaction à ce défi désormais incontournable des

² Le terme *clinicien* réfèrera pour l'ensemble de ce mémoire à l'ensemble du personnel soignant réuni dans les centres de santé (parfois appelés cliniques ou dispensaires). Seront exclus psychologues, psychothérapeutes et médecins, bien qu'ils et elles travaillent également très souvent en clinique.

³ Pour l'ensemble du mémoire, les termes intervenantes, participantes et informatrices seront conjugués au féminin lorsqu'ils entendent les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche. Ce choix est motivé par des fins de représentativité, de justesse et de confidentialité, considérant que la très grande majorité des personnes interrogées étaient des femmes (seulement un n'était pas une femme ou ne se revendiquait pas femme), cela ne veut absolument pas sous-entendre que les métiers d'intervenantes psychologue, psychothérapeute ou psychiatre, ou des métiers impliquant une sollicitude (*care* en anglais) seraient davantage des métiers « féminins ».

⁴ Pour l'occident, on peut remonter à l'émergence du concept de compétence culturelle. Ce projet découle des mouvements pour les droits civiques aux États-Unis d'Amérique et a valu son lot de critique (anthropologique), essentiellement de par la mauvaise conception de la culture que l'idée sous-tendait initialement, ainsi que l'emprise que la contrainte d'efficacité du système médical biomédical avait sur l'origine du concept (Leninger 1988 et 2002 ; Sue et al. 1998). Une panoplie de concepts alternatifs a émergé suite à la critique anthropologique d'une version simpliste de ce concept. Pour cette seconde génération, je mentionnerai seulement les expressions : sensibilité culturelle, humilité culturelle, curiosité culturelle, compétence interculturelle, compétence structurelle et sécurité culturelle. Le concept de compétence culturelle et de sécurité culturelle sont parfois compris comme englobant l'ensemble des autres expressions, et peuvent également désormais être compris comme des concepts-ensembles large regroupant la déclinaison de notions précédemment énumérée.

pratiques cliniques que des champs d'études interdisciplinaires tels que l'ethnopsychiatrie⁵ et la psychiatrie transculturelle se sont développés. Ces disciplines proposent des visions socioculturelles plus nuancées de la santé mentale⁶, ainsi que des formes de soutien et des traitements alternatifs originaux lorsque les thérapies psychiatriques ou psychothérapeutiques conventionnelles échouent (Lecompte et al. 2006 ; Laplantine 1973).

Des approches transculturelles en santé mentale auraient pris une saveur locale montréalaise grâce au développement de différents programmes de psychiatrie transculturelle dans trois hôpitaux de Montréal : l'hôpital général Juif, Maisonneuve-Rosemont et Jean-Talon (Sterlin 2006b ; Lecompte et al. 2006) au travers du programme spécialisé à l'université McGill et de l'institut interculturel de Montréal. Or, au Québec, il n'existe pas de tels programmes hors des villes. La pratique dans les régions rurales semble plutôt s'adapter au cas par cas, selon le contexte et les orientations théoriques personnelles des travailleuses. Enfin, les services d'ethnopsychiatrie québécois et canadiens ne sont pas offerts explicitement à une clientèle autochtone qui habite le même territoire. Ce courant a plutôt concentré ses intérêts sur des enjeux liés à la migration et à la discrimination et la marginalisation de familles immigrantes, réfugiées ou sans statut. Toutefois, plusieurs enjeux impliquant une interculturalité et qui sont évoqués dans la littérature ethnopsychiatrique et transculturelle, existent également dans les milieux autochtones du Québec et du Canada. Je constate cependant que ce contexte de travail a été beaucoup moins documenté dans cette perspective. À ce propos, dans un plaidoyer publié en 2006, Denise Noël déplorait l'absence de programme d'intervention psychiatrique adapté aux réalités spécifiques des populations autochtones. La différence culturelle autochtone, selon la psychanalyste, serait trop souvent confondue à un ensemble de minorités culturelles. L'histoire et les conditions particulières des peuples autochtones du Québec et du Canada interpellent cependant des considérations bien différentes de celle des immigrants à de nombreux égards.

⁵Pour la présente étude, nous ne ferons pas de distinctions entre les termes ethnopsychanalyse et ethnopsychiatrie, bien que certains auteurs en proposent des nuances (Govindama 2006).

⁶ Il sera entendu par l'expression « santé mentale » tout au long de ce mémoire le bien-être psychologique, en relation à la notion de santé au sens plus large. L'OMS définit cette dernière comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS 2017). Le domaine de la santé mentale regroupe un grand nombre de perspectives portant sur la compréhension et le soin de la psyché. Les études sont aussi généralement associées aux recherches en neurosciences et à la toxicomanie. De même les troubles de santé mentale seront pris comme synonymes de psychopathologie, afin d'alléger le texte et permettre l'utilisation synonymique.

Ainsi, certaines spécificités historiques, géographiques, politiques et socioculturelles empêcheraient l'importation des théories et des approches ethnopsychiatriques et transculturelles aux Autochtones, car elles furent initialement créées pour des clientèles migrantes, malgré certains enjeux cliniques analogues posés par la rencontre interculturelle notamment. Cette ambivalence est détaillée dans ce mémoire et servira de trame de fond à la présente étude qui aborde la question souvent malaisée de l'importance et de l'adaptation des services promulgués dans les réserves, villages et établissement autochtones du Québec. Je réfléchis aussi plus largement à la place à accorder à la diversité autochtone - et la manière de s'y prendre - dans les considérations théoriques de plus en plus répandues concernant notre réponse sociétale au sein des services publics à la diversité culturelle croissante.

Cette recherche documente et analyse la dynamique originale de soin de santé mentale qui prend place lors du travail d'intervenants psy-⁷ dans les communautés autochtones du Nord québécois. Sont entendues ici des villages et réserves des nations Cris, Atikamekw et des villages Inuit. Elle porte un intérêt plus particulier à la pratique des cliniciennes qui structurent leur travail dans ces communautés de manière itinérante (ou nomade), qui est entendu par l'expression « fly-in, fly-out » (FIFO) et l'effet de cette structure sur les soins et sur l'issue des rencontres. L'expression « nord-autochtone » désignera alors ici la double spécificité de ces milieux, qui, en raison de leur emplacement géographique, de leur démographie et de leur caractère autochtone, offrent des contraintes de diverses natures aux travailleuses allochtones. L'intérêt de cette recherche pour les problèmes d'ordre psychique s'explique par le fait que, dans les conditions d'une rencontre psychothérapeutique, les différences socioculturelles prennent une place encore plus prépondérante que dans les autres disciplines médicales (Laplantine 1973 ; Willen et al. 2011). De plus, en contexte thérapeutique, la rencontre revêt un caractère singulier dont certaines composantes sont habituellement stables : les objectifs, le déroulement, la durée, le lieu, etc. Ce que je détaille plus bas sous l'expression *d'espace-temps psychothérapeutique* concerne cet ensemble de pratiques profondément ritualisées au même titre que d'autres rituels de guérison et que la rencontre interculturelle me mène à questionner (Gone 2009 ; Duran et Duran 1995). Comme nous le rappelle l'ethnopsychiatrie, je propose aussi ici de concevoir la clinique comme

⁷ Par intervenants psy – j'entends ici et pour l'ensemble de ce mémoire les psychologues, psychothérapeutes et psychiatres.

un espace de rencontre et de négociation qui n'est pas nécessairement propre aux rencontres interculturelles, mais dont l'effet seulement exacerbé lorsque les acteurs sont issus de traditions ethnoculturelles distinctes.

En bref, la question du soin en contexte interculturel mobilise des considérations d'ordre à la fois clinique, épistémologique et idéologique. Cette recherche se concentre sur deux questions qui sont à mes yeux intimement liées et indissociables : d'une part, les problématiques interculturelles associées au traitement et à la prévention de la santé mentale dans ces communautés éloignées des hôpitaux, où les soins médicaux sont plus parcimonieux et plus difficiles à pourvoir⁸. D'autre part, rappelons aussi que dans plusieurs communautés, la grande majorité du personnel soignant n'est pas d'origine autochtone. J'ai donc pris comme prémisse de recherche que cette conjugaison d'éléments associés à l'éloignement et au choc culturel soulève des enjeux interculturels qui ne sont pas sans rappeler les débats et les difficultés déjà documentées à la fois dans le contexte de mondialisation de la psychiatrie et aussi lors du traitement en psychiatrie de populations immigrantes, réfugiées ou sans statut (Summerfield 2008). Dans cette recherche, je recense dans un premier lieu les particularités et les défis du travail des psychologues et psychiatres dans les milieux autochtones et je tente d'identifier les effets de l'éloignement et de la différence culturelle sur les rencontres thérapeutiques. Je me questionne alors à savoir quel type d'ethnopsychiatrie s'y pratique et quels éléments ethnopsychiatriques se retrouvent dans ce contexte. Ces considérations me mènent ensuite à analyser les composantes des théories et des modèles d'intervention transculturels qui s'appliquent ou qui pourraient potentiellement s'intégrer dans les communautés autochtones dites « éloignées » ou « isolées »⁹, pour en arriver à une réflexion sur la possibilité d'une pratique « plus adaptée », « intégrée », voire « décolonisée »¹⁰. Ce mémoire prend comme repères trois modèles de soin de santé en contextes interculturels, depuis la littérature scientifique sur ces questions dont j'évalue la résonnance dans les données recueillies. Le premier modèle comprend le corpus théorique du courant ethnopsychiatrique-ethnopsychanalytique initié par G. Devereux et poursuivi entre autres par Tobie Nathan en France et par Carlo Sterlin au Québec, bien qu'on

⁸ Par exemple, ces régions reçoivent un traitement médical beaucoup moins fréquent. Les médecins et autres membres du personnel médical y travaillent également de manière souvent moins stable, occasionnant un changement fréquent de personnel (Paré 2004).

⁹ Rappelons que l'isolement est quelque chose de très relatif et qu'il ne faut pas imposer notre perspective.

¹⁰ Termes à la mode dont les significations sont glissantes. Ils seront critiqués plus bas.

verra que ce dernier s'est aussi positionné de manière ambivalente à l'égard de la discipline (Hong Trang Dao 1986). Le second repère théorique regroupe les cliniques de psychiatrie transculturelle de Montréal qui ont élaboré des modèles d'intervention originaux et adaptés aux défis posés par une clientèle immigrante. Je tente d'identifier des éléments de ces corpus qui pourraient s'appliquer ou qui trouvent un écho dans le travail en contexte autochtone. En troisième lieu, un autre modèle d'analyse en contexte interculturel a été développé à Montréal, au plan théorique, par le LABRRI et, auparavant, l'Institut interculturel de Montréal (Gratton 2009 ; Emongo et White 2014). Bien que cette perspective soit essentiellement théorique et n'aborde pas spécifiquement la rencontre en contexte de soin de la santé mentale, je m'inspire plus spécifiquement de travaux concernés par l'élaboration de nouveaux modèles de soin pour la population canadienne afrodescendante (Annoual et al. 2007). Ces initiatives privilégient la flexibilité et une complémentarité des perspectives situationnelle, constructiviste et systémiques inspirées de Bateson et par l'école de Palo-Alto (1981).

Suite à une réflexion sur le caractère ethnopsychiatrique que revêt ce contexte de soin dans le Nord-autochtone, je consacre la seconde section de l'analyse à interroger d'autres éléments spécifiques de la pratique des participantes à la recherche. Je mets en relation ces données de recherche avec une littérature postcoloniale et d'une approche alternative aux soins de santé mentale inspirée par la psychiatrie communautaire. Cette analyse me permet de mieux cerner la nature du soin qui s'y pratique et d'identifier des éléments étiologiques qui entrent en collision dans le Nord. Cette énumération d'éléments pourrait éventuellement permettre de mieux préparer des intervenantes qui entreprendraient ce travail. Il est également question des enjeux potentiellement négatifs et de pièges qui guettent les intervenantes dans ce contexte précis et qui n'est pas sans leur générer angoisse et dilemmes quotidiens : violences épistémiques, retraumatisation, néo-colonialisme et inadéquation des traitements, des outils et des diagnostics.

Les objectifs de cette recherche sont donc de deux ordres : académiques et sociaux. D'une part, ce sujet me semble particulièrement pertinent du fait qu'il n'y a pas, à ma connaissance, beaucoup d'information colligée sur la question de l'adaptation du travail psycho-psychiatrique ni pour les communautés autochtones ni pour les communautés nordiques. Au plan académique, je tente de mettre en lumière les éléments thérapeutiques actifs des situations et les différentes manières dont ils peuvent être mobilisés selon les contextes. Également, ce mémoire tentera un

rapprochement critique entre l'approche transculturelle anglo-saxonne et l'ethnopsychiatrie francophone. Comme il sera présenté en détail dans le premier chapitre, ces deux traditions semblent évoluer sans dialogue ni convergence. Elles sont pourtant intéressées par le même objet de fond : la rencontre interculturelle dans les soins psychiques. D'autre part, au plan social, j'ai tenté de conserver un potentiel d'applicabilité et d'opérationnalisation de la recherche, dans le but qu'elle mène le plus possible à des suggestions visant à améliorer concrètement la pratique de soins de l'ordre de la santé mentale dans ces communautés et la manière de la penser. Cette recherche évite aussi de s'égarer dans l'analyse de psychopathologies spécifiques.

J'utilise comme point de départ les concepts clés de rencontre interculturelle et de transculturation (Ortiz 2011 (1948)). Fidèle à une approche systémique constructiviste et interactionniste et influencé par les travaux en santé mentale mondiale, mon analyse thématique focalise sur la rencontre des étiologies, sur le choc et le rétrochoc et sur les adaptations au soin qui en suivent. En effet, les intervenantes voient leur pratique telle qu'elles l'ont apprise être remise en question et confrontée, voire *transculturée* par des rencontres. Finalement, puisque mon étude s'intéresse à des enjeux autochtones, il importe d'être très sensible aux considérations éthiques et politiques hautement délicates de ces milieux. En effet, le contexte colonial ainsi que la relation politique conflictuelle entre les nations autochtones et les gouvernements allochtones colonisateurs affectent encore les rapports qu'ont ces peuples avec la société allochtone dominante. Les contacts et les zones de frictions se situent également en grande partie via les services publics qui y sont promulgués¹¹. La santé - et surtout la santé mentale - y revêt donc un caractère identitaire et des enjeux de pouvoirs importants (Devereux 1970 ; Roy 2005 ; Pronovost 2009). Il s'agit d'une dimension politique qu'on ne peut occulter de nos analyses.

Il m'apparaît important de préciser que ce mémoire ne se veut absolument pas une évaluation de programme ou une étude de l'efficacité des services qu'on envoie dans le Nord. Il vise à comprendre en profondeur ce moment de rencontre et à analyser comment se négocie le travail des intervenantes – le traitement et la prévention - dans ce contexte bien spécifique grâce

¹¹ Les services publics et leur adéquation aux mondes autochtones ont justement fait l'objet de la *Commission nationale d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès (CERP)*. Le rapport, rendu le 30 septembre 2019 est accablant à l'égard des services publics offerts aux Autochtones dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de la sécurité et dénonce une discrimination systémique au sein des institutions de l'état. Le rapport a mené à 142 appels à l'action, certaines spécifiques à un secteur et d'autres d'ordre plus général.

à une perspective anthropologique. Les concepts liés à l'épistémologie de la rencontre tout comme à ceux liés à la transculturation, l'approche ethnopsychiatrique ou transculturelle m'ont permis d'approfondir l'analyse, pour ne pas confiner ce mémoire à un ton exclusivement descriptif. Il importe enfin de rappeler qu'il ne s'agit pas non plus d'une étude sur l'étiologie de maladies mentales que l'on pourrait retrouver en milieux autochtones. En bref, cette recherche tente d'extraire des considérations sur la pratique thérapeutique en contexte autochtone et interculturel tout en approfondissant une réflexion sur l'ethnopsychiatrie et sur la pertinence d'opter pour une approche complémentariste dans l'analyse de cas cliniques. Ainsi, dans le prochain chapitre qui présente le cadre conceptuel qui soutiendra l'analyse, je ne m'attarderai pas aux études sur l'étiologie et l'épidémiologie de psychopathologies en contextes autochtones.

CHAPITRE 1

Influences théoriques et cadre conceptuel

Voici donc l'Amérindien affublé plus souvent qu'autrefois du signe +. Mais, qu'elle soit positive ou négative, la marge reste la marge. L'Amérindien imaginaire peut bien osciller du pôle lâcheté-dépendance au pôle fierté-indépendance, du pôle infantilisme au pôle sagesse, du pôle cruauté au pôle innocence, du pôle ignorance au pôle savoirs naturels, du pôle grognements gutturaux au pôle art oratoire consommé, une chose est sûre, c'est que le pendule sera toujours en position extrême, toujours aux limites de l'humanité et jamais en ce centre occupé par Soi. Autrement dit, entre l'Eurocanadien et l'Amérindien subsiste toujours une distance, quelle que soit la position de l'Amérindien dans l'imaginaire de son vis-à-vis. Et cette distance est voulue infranchissable.

- Sylvie Vincent,
De la nécessité des clôtures.
Réflexion libre sur la marginalisation des Amérindiens (1986)

Ce premier chapitre relève les influences théoriques qui ont guidé la construction de mon cadre d'analyse. Celui-ci permettra d'approfondir ma réflexion sur les soins de santé mentale dans les contextes autochtones éloignés de centres urbains et hospitaliers. Ce cadre conceptuel s'inspire d'une épistémologie de la rencontre qui se verra jumelée à une littérature ethnopsychanalytique. Rappelons que ce mémoire s'intéresse aux rencontres thérapeutiques qui prennent lieu dans un contexte où l'éloignement influencera la structure de travail des intervenantes. Ainsi, deux variables doivent être gardées en tête tout au long de la lecture : 1- l'écart socioculturel séparant les acteurs (décalage ou différence socioculturelle) ainsi que 2- l'éloignement (spatial, géographique). Ces deux variables se posent parfois comme des contraintes, des défis, ou simplement comme des particularités distinctives de ce type de soin psychique. Ce mémoire se situe donc au carrefour de l'anthropologie et de la psychanalyse. Ellen Corin (2010), en évoquant Michel Foucault, recense la relation étroite entretenue depuis les fondements ces deux disciplines en ce qu'elles abordent la rencontre des deux altérités complémentaires : l'Autre psychique et l'Autre ethnoculturel. C'est en ce sens que l'anthropologue et psychanalyste relève la pertinence, déjà postulée par George Devereux, d'une complémentarité entre les deux disciplines en termes de « fécondation réciproque » (Corin 2010 : 69). J'explore dans ce chapitre - et dans le mémoire plus largement - comment certaines théories d'ethnopsychiatrie de Georges Devereux pourraient se conjuguer à des considérations relatives au travail d'intervention dans les milieux autochtones nordiques. Évidemment le contexte colonial s'accompagne d'une lourde charge historico-sociopolitique. En raison d'une

situation coloniale et de ses effets persistants dans le Nord-Autochtone, il importe d'intégrer dans mon cadre théorique les critiques adressées aux diverses tentatives d'appréhension du concept de culture et de sa place dans la clinique. Sont aussi centraux les enjeux de pouvoir, d'hégémonie, d'imposition étiologique et épistémologique ainsi que de décolonisation¹².

Ce mémoire de maîtrise fut inspiré par trois constats initiaux qu'une revue préliminaire de littérature avait inspirés. Le premier concerne l'ambivalence ou la nécessité de compromis qu'exige la disposition actuelle des soins de santé mentale en milieux autochtones nordiques. Il y a plus de trois siècles que les gouvernements du Québec et du Canada envoient des médecins, cliniciens et autres intervenants dans ces communautés (Stevenson 2014 ; Canada 2014). Or, les soins envoyés n'ont pas toujours été adaptés à la réalité profondément différente, en comparaison au contexte allochtone du Sud. Cette situation ne semble pas non plus être souvent perçue dans la littérature scientifique comme un processus d'importation et/ou d'imposition d'un modèle biomédical occidental dans un contexte ethnoculturel distinct de son contexte de création. La littérature récente concernant la santé mentale mondiale ou humanitaire adopte pourtant une perspective critique dépeignant une situation analogue sur certains aspects. Ainsi, plusieurs auteurs critiquent parfois férocement un processus qui comporte une similarité étonnante avec l'envoi de soins dans le Nord (Summerfield 2008 ; Stevenson 2014) : quant à la condition socio-économique difficile du milieu ; quant au manque de ressources locales ; dans la réponse par une offre itinérante de soins - donc dans l'alternance des services - ; au niveau du grand roulement de personnel et d'intervenants, ce qui affecterait la qualité et la pérennité des soins ; et surtout, par la rencontre d'étiologies dans un rapport de pouvoir profondément inégal où les conceptions scientifiques occidentales des maladies s'imposent à d'autres visions locales. Cette brève comparaison des dynamiques de soin évoque une forme de néocolonisation au travers du pouvoir biomédical (Summerfield 2008 ; Kleinman 2009 ; Inhorn et Wentzell 2012). Ainsi, les concepts foucaaldiens de biopouvoir, de systèmes de surveillance et d'injonction morale de l'importance de soigner à tout prix sembleraient d'emblée s'appliquer dans l'analyse des soins de santé prodigués dans les milieux autochtones nordiques. En ce sens, ces soins sont inévitablement chargés de dimensions politiques et identitaires notamment dans la réception par les populations locales des efforts de prévention de la santé publique (Roy 2005 ; Pronovost 2009 ; Stevenson

¹² Ces derniers thèmes étant cependant plus profondément approfondis dans la prochaine section méthodologique.

2014). Pourtant, la situation n'est pas si noire et si simple à critiquer. Il faut donc à mon avis éviter de tomber dans l'écueil d'une critique extérieure facile d'un dispositif qui repose sur un héritage et une histoire coloniale dont on ne peut faire abstraction. Ce mémoire propose d'éviter de projeter sur les soignantes les effets d'une structure destructrice liée à l'histoire des dynamiques relationnelles entre la société allochtone et autochtones. Effectivement, dans un retour du balancier, une insuffisance de ressources et de services est aussi régulièrement constatée et dénoncée au sein de nombre de réserves, villages et établissement autochtones, tout comme une fragmentation et une bureaucratisation des soins, aux conséquences discriminatoires (Kirmayer et al. 2007 ; Kleinman et al. 1978). Ainsi, malgré toutes les critiques que l'on pourra adresser aux conditions actuelles du soin dans le Nord-autochtone, le fait de cesser de promulguer des soins dans ces régions ne représente pas une option envisageable. Les intervenantes semblent alors prises entre l'arbre et l'écorce : elles travaillent dans un contexte colonial au sein duquel elles doivent se créer un espace. Cela les mènerait à modifier leur pratique et leur rôle, peut-être en adressant dans leur pratique ce que l'anthropologue Lisa Stevenson a appelé « the psychic life of biopolitics » (2014), c'est-à-dire les manifestations psychiques et internes de la colonisation. Il me semble alors possible d'adopter la prémisse de départ selon laquelle la plupart des intervenantes qui travaillent dans une communauté autochtone pour une longue période sont bien intentionnées et passionnées. Elles sont assurément amenées à négocier leur pratique en y apportant de nombreuses modifications. En bref, on ne peut « psychologiser » ou individualiser un phénomène social, tout comme on ne peut sociologiser un phénomène interindividuel ou psychologique. Ces deux niveaux d'analyse sont tout aussi justes et donc complémentaires. Il s'agit du complémentarisme de Devereux (1970).

Le deuxième constat provient d'un article de Carlo Sterlin non publié daté de 1999. Le psychiatre d'origine haïtienne et fondateur de la clinique ethnopsychiatrique de l'hôpital Jean-Talon à Montréal y propose une classification des approches du traitement sur un continuum idéologique¹³. Sterlin rappelle l'empreinte profondément coloniale de nos schèmes de traitement et qu'il existe différentes manières de travailler en santé mentale. Chacune de ces manières est sous-tendue par une ou des idéologies souvent sans même que les intervenantes en soient conscientes. Dans un entretien rétrospectif de sa carrière, Sterlin parle de cette classification et

¹³ La classification de Sterlin est détaillée dans ce chapitre à la section 1.2.3.

évoque un malaise « potentiellement fécond » entre Allochtones et Autochtones sur le territoire du Québec qui constituerait une piste éventuelle de développement d'une ethnopsychiatrie québécoise propre, au carrefour, de surcroît, entre les influences théoriques francophones et anglo-saxonnes (Hong Trang Dao 1986).

Le troisième constat concerne justement ce malaise ou cette coupure entre les travaux de plus en plus abondants portant sur la diversité migrante et sur l'adaptation des services à cette diversification croissante. Ironiquement, bien que la rencontre avec des peuples autochtones inspira initialement à Georges Devereux les idées de l'ethnopsychiatrie, il semble que les travaux récents en interculturel et en ethnopsychiatrie aient déviés leurs intérêts vers les enjeux de la diversité presque exclusivement migrante¹⁴. À l'écart, on ne sait tout à fait quelle place donner à cette autre diversité autochtone. Le terme autochtone, étant bien étymologiquement l'inverse de la désignation migrant, il est très ironique d'intégrer ces deux diversités aux mêmes services spécialisés dans les traitements des « minorités culturelles ». L'Institut Interculturel de Montréal abondait dans ce sens, en évoquant l'obligation de passer par l'histoire coloniale du Québec et du Canada, et rétablir de nombreuses injustices systémiques, si l'on veut aborder pleinement les questions d'inclusion et de diversité.

1.1 L'ethnopsychiatrie de G. Devereux

Georges Devereux peut être considéré comme un des premiers penseurs à la fois de l'interculturel et de l'interdisciplinarité dans les domaines de la psychologie, de la psychiatrie et de l'anthropologie. D'origine hongroise et française, il est né à Lugo en 1908 et mort à Paris en 1985. Il immigra aux États-Unis alors qu'il était déjà formé en physique et à la psychanalyse. Il investit ensuite des études ethnologiques, publiant autant en anglais qu'en français. Ses propres expériences de migration et ses diverses perspectives disciplinaires ont assurément influencé sa pensée (Ghil 2007). De ses textes et de sa méthode émergea l'ethnopsychiatrie, une science frontière au carrefour de nombreuses disciplines, principalement la psychanalyse, l'anthropologie et la sociologie. Revisiter ses réflexions m'a permis de relever leur pertinence très actuelle pour adresser les défis qui émergent au moment de fournir des soins en santé mentale

¹⁴ Pensons simplement à la grande quantité d'articles publiés abordant les thèmes de la « gestion de la diversité », de l'intégration de considérations culturelles dans nos cliniques, de « compétence culturelle des cliniciens » etc.

en contexte interculturel. C'est justement au cours d'une rencontre avec un patient d'origine autochtone (cas emblématique de Jimmy P, d'origine mohave) que Devereux fut amené à remettre en question son cadre d'intervention psychothérapeutique ainsi que plusieurs postulats de la psychologie de l'époque (Chemouni 2007). Fondamentalement freudien, il fut également beaucoup influencé par l'œuvre du psychanalyste Géza Róheim, parfois considéré comme le père de l'anthropologie psychanalytique (Govindama 2006). De Róheim, il retient deux idées. La première, selon laquelle l'enfance prolongée de l'être humain est un élément fondamental de l'émergence conjointe du psychisme et de la culture, qui, chez Devereux, s'articulera en *double universalité*. La deuxième consiste en le postulat que l'expression du trauma et d'autres troubles psychiques serait spécifique à chaque culture (Ibid.).

En santé mentale, comme ailleurs, Devereux (1972) parle de comportements « surdéterminés », c'est-à-dire que ceux-ci peuvent être expliqués à la fois de manière psychologique (c.-à-d. une perspective individualisante et parfois biologisante) et de manière socioculturelle. Il importe de la physique l'idée du complémentarisme (ou complémentarité des perspectives), selon laquelle tout phénomène est redevable d'au moins deux explications, tout comme la lumière peut-être à la fois une particule et une onde, selon la perspective que l'on adopte et l'utilisation qu'on veut en faire. Pour les intérêts de l'ethnopsychanalyste, certains éléments des thérapies, des symptômes, des comportements et d'autres phénomènes sociaux peuvent être expliqués à la fois par la psychologie et par l'anthropologie. Cependant, cette double démarche ne peut pas être menée simultanément, ce pourquoi Devereux parle de complémentarité¹⁵ des perspectives l'étude de ce qui fait de nous des humains. Ainsi, face au défi de pratiquer avec une clientèle d'origines ethnoculturelles diverses, l'approche complémentariste permettra d'éviter de nombreuses confusions théoriques, de *déculturer* (ou *déculturaliser*) le traitement de la psyché et de décloisonner les perspectives disciplinaires.

1.1.1. Psyché et Culture, le double universalisme

Devereux soulevait déjà dans les années 1940 l'impossibilité pour des thérapeutes, de maîtriser ou de comprendre la culture d'un patient, quelque chose d'aussi complexe, subjectif et

¹⁵ À ne pas confondre avec l'interdisciplinarité, terme largement utilisé de nos jours. À ce propos, Devereux nuance en avant-propos de ses « essais d'ethnopsychiatrie générale » fondateurs qu'il existe des disciplines additionnables et d'autres.

mouvant. Pour appréhender ce défi, il propose d'évaluer les phénomènes à différentes échelles et de connaître « La Culture, et non les cultures » (1970). Ainsi, peut-être pourrions-nous pallier à une utilisation souvent très maladroite de la « notion anthropologique de la culture », tel qu'il est discuté dans la section 1.4 de ce chapitre. Dans une tentative d'opérationnaliser le concept pour le contexte thérapeutique, Devereux lie la culture au développement psychologique et aux mécanismes de défense. Selon lui et à des fins psychothérapeutiques, on pourrait comprendre la culture comme un « système standardisé de défenses et qui, par conséquent, est solidaire des fonctions du Moi, puisque le Moi se définit en grande partie, dans la psychanalyse, par les mécanismes de défense » (1970). Avec la psychanalyse de Sigmund Freud, Devereux s'accorde à souligner la fonction fondamentale chez l'humain du sentiment d'unité du soi, que l'on acquiert par les processus de différenciation et d'affiliation, les deux revers du processus de construction identitaire¹⁶. Ces éléments ont mené le psychanalyste et anthropologue à relever chez l'être humain une double universalité interdépendante : une nature humaine biologique et universelle, qui s'actualise toutefois par la socialisation et la différenciation. Cela génère le second phénomène universel complexe de la culture, qui joue un rôle structurant central à l'étape du développement psychique (Bastide 1970 ; Cuche 2008). Cette vision, bien qu'elle ne s'intéresse qu'au niveau individuel du développement du soi, semble s'accorder aux fondements de la pensée constructiviste tels que présentés par Frederick Barth (1969) et Gregory Bateson (1977). Des convergences dans la pensée de ces différents auteurs se retrouvent notamment quant aux notions de *frontière* ou d'*interface* comme un processus. Au plan groupal, on trouve des échos à la pensée de Devereux dans l'idée de délimitation de contours (appelé délinéation pour Bateson) et lorsqu'ils proposent de comprendre la culture (culturation) comme un processus (Genest, communication personnelle en parution). Le concept de *différences* (Freud utilisait plutôt l'expression *narcissisme des petites différences*) servit aussi à Bateson et à l'école de Palo-Alto pour désigner la dichotomisation ou la construction d'identités groupales (Ibid.).

Un des apports à mes yeux les plus significatifs de l'ethnopsychiatrie représente sa démonstration que les manières de déclencher et d'exprimer les troubles psychiques ne relèvent pas d'une désorganisation chaotique, ce qui sous-entendrait qu'elles seraient impossibles à appréhender. Les maladies sont plutôt codifiées par chaque groupe par ce que Devereux appelle

¹⁶ Bateson utilisait la notion très proche d'*acte d'entitation* (1977).

des modèles d'inconduite (culturels). Conséquemment, il a bien expliqué que chaque groupe possède son propre système psychiatrique cohérent (pour exprimer et reconnaître les psychopathologies), ses modes de guérison et des rôles sociaux associés aux différents troubles. Ces systèmes psychiatriques furent (et le sont encore parfois encore) qualifiés de modèles psychiatriques traditionnels ou d'ethnosavoirs, non pas sans connotation ethnocentrique¹⁷. Sur ce même point, Devereux postule que :

Chaque culture permet à certains fantasmes, pulsions, et autres manifestations du psychisme d'accéder et de demeurer au niveau conscient et exige que d'autres soient refoulés. C'est pourquoi tous les membres d'une même culture possèdent en commun un certain nombre de conflits inconscients. » (1970).

Dans un même ordre d'idées, mais plusieurs années plus tard, Adams et al. (2015) affirment que la psychologie culturelle et interculturelle comprend la culture et la conscience dans une relation dynamique de constitution mutuelle¹⁸. Ainsi, si l'on considère Georges Devereux comme l'un des premiers penseurs d'une psychologie critique très proche des initiatives décoloniales (peut-être embryonnaire chez Devereux et encore très peu critique à l'époque), l'on peut reconnaître ici la pertinence prégnante de certaines intuitions et thèses de l'ethnopsychanalyse.

Suivant cette perspective, mais concernant le diagnostic psychiatrique, Devereux nous rappelle que cette action ne repose pas sur une déviation à la norme, mais sur « une conformité à une norme marginale bien qu'expressément spécifiée » (1970). Il explique :

Un individu n'est pas considéré comme fou parce qu'il ne se comporte pas normalement (c'est-à-dire comme la majorité de ses pairs), mais parce qu'il se conduit effectivement comme les fous sont « censés » se conduire, d'après tout ce que l'on sait et suppose à leur sujet et tout ce qu'on encourage d'eux. Il s'ensuit qu'un individu objectivement psychotique qui ne se conforme pas au genre de modèle d'inconduite que sa culture propose à ses névrosés et psychotiques ne sera pas reconnu comme tel ni, à fortiori, diagnostiqué comme souffrant d'une affection psychique (1970 : 307).

Les catégories diagnostiques sont en ce sens façonnées selon des troubles culturellement reconnus parmi le groupe duquel ces diagnostics sont issus. Les erreurs de diagnostic réfèrent donc pour Devereux au fait de « prendre pour névrosés ou psychotiques des individus qui, en vertu de particularités ethniques, se comportent d'une manière qui, par hasard coïncide avec nos propres modèles conceptuels de la maladie mentale. » (1970). Pour résoudre ce défi, le

¹⁷ Pour une critique plus virulente de l'utilisation de l'expression ethno-savoir et des influences culturelles occidentales de la psychiatrie transculturelle, voir Jadhav 2004 et Summerfield 2013.

¹⁸ En anglais : « make each other up » (2015 :218).

thérapeute doit s'intéresser à la manière dont le patient utilise les matériaux culturels. Devereux conteste du fait même le postulat selon lequel la santé mentale équivaudrait à l'adaptation à la société, puisque les normes sociales sont définies par les groupes dominants et que certains symptômes ou comportements pathologiques peuvent donc être normalisés¹⁹.

1.1.2. Rencontre inter-groupes et négativisme social

Devereux insiste sur les chocs ou traumatismes que peut provoquer la rencontre inter-groupe. Ce qu'il appelle *l'acculturation antagoniste* entraînerait parfois un processus de déculturation et en ces mots « un abandon du mythe au profit du symptôme » (1970). Comme affirmé ci-haut, plusieurs comportements pathologiques sont symptomatiques d'un conflit interne ou d'un trouble lié à l'identité, c'est-à-dire des états où *l'intégrité du soi* ou le *sentiment d'unité du soi* est compromis (1970). Dans cette perspective, les épisodes de changements sociaux (imposés) tels qu'ils se produisent avec la colonisation et parfois lors de migration, génèrent des réactions de résistance ou de contestation. C'est *l'acculturation (antagoniste)* qui peut provoquer comme réaction des *besoins négativistes*²⁰. Ainsi, suite à des transformations sociales importantes liées aux rencontres intergroupes (migration ou colonisation par exemple) : « [L]es modes anciens d'adaptation et de défense de l'immigrant sont inapplicables aux nouveaux défis que lui pose le contact avec une autre société et il doit en inventer de nouveaux. ». Sur ce point, la pensée de Devereux semble avoir été influencée par les anthropologues de l'école américaine Ralph Linton, Robert Redfield et Melville Herskovits (1936)²¹. Ces derniers sont principalement connus pour leur définition du phénomène d'acculturation suite à des rencontres inter-groupes et qui peut être spontanées, forcées ou planifiées. Ces anthropologues le présentaient comme un phénomène en émergence, bien qu'on verra avec la présentation du concept de transculturation de Fernando Ortiz en prochaine section, que les influences culturelles intergroupes ne sont pas récentes, bien qu'elles aient été accentuées par la colonisation et l'intensification des migrations. Ce phénomène se distingue aussi du multiculturalisme, qui se réfère plutôt à une cohabitation de culture et de systèmes de pensée sans nécessairement de

¹⁹ Bien qu'ils ne semblent pas explicitement en dialogues, il me semble qu'on peut mettre en lien ici la réflexion de Devereux portant sur le normal et l'anormal au philosophe G. Canguilhem (1966). Ce dernier est connu pour son ouvrage « le normal et le pathologique » qui conteste justement la prétention objective ou universelle des normes qu'il serait possible de critiquer par une compréhension dynamique des cultures.

²⁰ Cette proposition permettait déjà d'aller beaucoup plus loin que la thèse diffusionniste courante de l'époque ().

²¹

cohésion ou d'inter-influences, bien que ces deux visions peuvent servir de fondements à des projets politiques. On comprendra que ces phénomènes socioculturels ont un grand impact sur le psychisme individuel des membres du groupe. Aux théories sur l'acculturation donc, Devereux y souligna l'importance des diverses formes de résistance qu'elle peut engendrer (Devereux et Loeb 1943)²².

Dans le contexte de ce mémoire, je postule que cette conceptualisation des rencontres intergroupes est pertinente pour aborder les situations coloniales qui ont généré des réajustements socioculturels et psychiques – souvent sous forme de résistance - en réponse aux changements sociaux rapides, violents et imposés que subirent les peuples autochtones d'Amérique du Nord (Salée 2005). Devereux schématise les réactions possibles à ces rencontres. Gardons-nous toutefois d'ignorer la relation de pouvoir inégale sous-jacente à toutes rencontres, et particulièrement en contexte colonial, insuffisamment soulignée dans ses écrits à mon avis :

- Isolement défensif
- Adoption de moyens nouveaux sans les accompagner de leurs fins.
- Acculturation négative dissociative (antagoniste)²³.
 - Régression : retour à des modèles de comportements d'avant-contact / pratiques traditionnelles (d'autrefois)
 - Différentiation : marquer la différence / mettre en valeur des comportements différenciés, mais non négatifs.
 - Négation (création de contre-coutumes) : Création de coutumes contraires / à l'opposée du groupe dominant / contre-coutumes

La notion de *négativisme social* (ou *besoins négativistes*) telle que déclinée ci-haut regroupe selon Devereux l'ensemble des formes d'action contestataire ou de refus possibles face à des changements imposés. Selon cette perspective, j'en comprends qu'il existerait une composante de rébellion, de résistance ou de révolte dans la désorganisation, dans la psychopathologie ou dans ses symptômes. Ceux-ci peuvent alors parfois être interprétés en termes de contestation

²² Devereux et Loeb distingue bien la résistance qui peut s'orchestrer face à l'acculturation de l'inertie culturelle (Devereux et Loeb 1943).

²³ Notion définie par Devereux comme la « création par le groupe d'items culturels nouveaux qui délibérément dévient de l'autre groupe duquel le groupe A veut précisément se dissocier. »

sociopolitique²⁴. Cette idée semble analogue aux positions prises par le courant de la psychiatrie communautaire qui nous servira dans l'analyse du chapitre six (6). En bref, Devereux propose que « tout symptôme d'alarme est une attaque contre les valeurs sociales essentielles et un affront envers d'importantes susceptibilités sociales » (1970).

Toujours concernant les rencontres intergroupes, il semble intéressant de mettre les travaux de Devereux en relation à ceux du sociologue français Roger Bastide, étant donné leur convergence et influence réciproque²⁵. Ce dernier a consacré plusieurs travaux à rappeler l'influence à la fois du social et du culturel autant dans le développement des individus que dans la constitution des groupes. Aux approches trop *culturalisantes* de l'anthropologie américaine, tout comme une compréhension socialisante de la sociologie française durkheimienne, il propose plutôt de conjuguer ces deux niveaux d'influences (Cuche 2008). Il en résulte au moins trois aspects des rencontres interindividuelles ou intergroupes : 1- général (quasi politique) ; 2- social et 3- culturel, aux combinaisons multiples. Bastide l'exprime en termes d'influences des milieux interne et externe. C'est-à-dire qu'il propose de réattribuer un rôle structurant aux acteurs sociaux sans rejeter l'importance de déterminants sociaux et autres agents de socialisation. On perçoit ici une éternelle tension entre généralisation et particularisme, qui resurgira régulièrement au fil du mémoire, lorsqu'il sera question de la construction des psychopathologies et du défi d'attribuer une place à la culture dans la conception du traitement. Ajoutons qu'aux conditions évaluées par Bastide, la notion de colonisation ou de rapports de force (coloniaux) paraît, à mon avis quasi omniprésente et impossible à ignorer, au moment de conceptualiser des rencontres intergroupes (Salée 2005).

Tel que préalablement évoqué, au sein de chaque groupe, il existe des traumatismes culturellement reconnus. Par contre, dans des situations nouvelles, ces réponses ne sont plus toujours adaptées. Devereux prenait déjà à l'époque l'exemple du suicide dans les communautés autochtones, phénomène malheureusement encore d'actualité²⁶. Il l'impute aux changements sociaux et le considère comme un modèle en voie de formation, qu'on interprète selon lui à tort

²⁴ Cette hypothèse m'apparaît très proche de la critique postcoloniale et de la littérature sur l'*embodiment* (l'incorporation d'inégalités sociales) (Adelson 2000 et 2005).

²⁵ Bastide ayant d'ailleurs signé la préface d'ouvrages de Devereux.

²⁶ Il existe une littérature abondante sur le suicide en milieux autochtones dont il sera brièvement question en sous-section de ce chapitre. Les « crises de suicide » qui surgissent sur une assez haute fréquence font également l'objet de couvertures médiatiques récurrentes. Pour un ouvrage de référence, voir : Kirmayer et al 2009.

comme des troubles idiosyncrasiques plutôt que sociopolitiques et résultants d'une imposition culturelle. En ses mots, on devrait plutôt comprendre le phénomène comme des « pseudo-solutions individuelles à des problèmes méta-individuels » (1970 : 57). Cette interprétation ici est sociale et anthropologique, ce qui est bien caractéristique de la vision complémentariste de Devereux. Ainsi, une lunette d'analyse psychothérapeutiques qui tendraient à individualiser chaque situation ne peut suffire à comprendre des phénomènes multifactoriels tels que les cas de suicide ou de dépression en contexte colonial. Enfin, Devereux s'opposait avec virulence au recours à un relativisme culturel extrême qu'il qualifie d'immobilisant. Dans son analyse critique du concept de *normalité*, il mentionne l'existence de « sociétés malades » qui encourageraient l'émergence de certaines pathologies plus que d'autres. À ce propos, Laplantine affirme que « [c]'est sur ce point que le relativisme culturel des ethnologues (en particulier nord-américains) rejoint le dogmatisme psychologique des psychiatres qui s'accordent à définir le pathologique par l'inadaptation » (2007), deux revers d'une situation ou un exemple de radicalisation de postulats disciplinaires.

La notion de frontières, ou lignes de démarcation dans le contexte présentement à l'étude prend aussi dans le contexte de ce mémoire une grande valeur analytique (Juteau 2015). Toutefois, Sylvie Genest rappelle les pièges d'aborder une perspective constructiviste raccourcie, principalement concernant les notions de frontières et de contours, qui comprennent de nombreuses implications et qu'il faut utiliser avec vigilance (Genest, communication personnelle en parution). D'une part, il faut éviter de comprendre les frontières comme étant étanches, ce qui peut mener à de nombreux mécanismes d'exclusion, mais plutôt les percevoir dans une perspective plus fonctionnaliste, comme « le mécanisme que nous réglons pour percevoir les rapports de force, les dynamiques de pouvoir et le jeu des négociations entre deux entités perçues à travers leurs différences. » (Genest : communication personnelle en parution). Enfin, et en complémentaire, on peut les concevoir dans une perspective « dynamique et relationnelle » comme des lieux de rencontre, d'échanges, d'interinfluence et de « construction perpétuelle qui interrogent les occasions et les circonstances des constructions interculturelles » (ibid. : 13).

1.1.3. Transculturation et psychiatrie transculturelle

Si Devereux en a popularisé l'usage, ce serait Louis Mars, premier psychiatre haïtien, qui aurait initialement proposé le terme de psychiatrie transculturelle (Devereux 1971). On doit néanmoins à Fernando Ortiz, anthropologue cubain, la paternité du néologisme *transculturation*, un concept qui s'avère fort utile à cette recherche (Ortiz 1940 (2011)). Ortiz présente le concept comme étant mieux approprié pour résumer « la permutation de cultures » et qui englobe les processus « de désajustement et de rajustement, de déculturation ou ex-ou-enculturation, et d'acculturation ou inculturation » (Ortiz 1940 (2011) : 166) dans aucun rythme ni ordre précis²⁷. Malinowski adhéra rapidement à cette perspective et poursuivit en ajoutant qu'il s'agit d'un processus « duquel émerge une nouvelle réalité, composite et complexe ; une réalité qui n'est pas un amalgame mécanique de caractères, ni même une mosaïque, plutôt un phénomène nouveau, original et indépendant » (Malinowski (1940) dans la préface du livre d'Ortiz)²⁸. Ces deux auteurs fondateurs opposaient cette notion à celle très répandue à l'époque d'acculturation qui ne rendrait pas justice à la complexité des phénomènes de rencontres interculturelles²⁹. De surcroît, Ortiz n'évite pas le fait que, la plupart du temps, les contacts entre groupes n'ont généralement pas, voire jamais, lieu sur des bases égalitaires, mais plutôt au détriment d'un groupe marginalisé ou colonisé. Toutefois, à cette inégalité dans le rapport de pouvoir ne correspond pas un phénomène d'acculturation à sens unique, dont le préfixe « a- » sous-entend une perte ou un remplacement de culture. Sur ce point, Malinowski soulignait déjà les implications idéologiques du terme : « le mot acculturation contient un ensemble d'implication terminologiques inopportunes. L'immigrant doit s'acculturer ; de même que les indigènes, les païens [...] qui jouissent d'être soumis à notre Grande Culture occidentale. » (1938 cité dans Ortiz 1940 (2011)).

²⁷ Il décortiqua ce concept dans le contexte des pratiques de culture du tabac et du sucre à Cuba, qu'il oppose, au niveau des exigences économiques et sociales différentes de ces deux types de plantations. À travers son œuvre s'élabore toute une trame historique nationale composée de syncrétismes, d'échanges et d'influences interculturelles d'où naquit notamment les études africanistes dans la Caraïbe.

²⁸ Notons que l'apport de Ortiz, tout comme le concept de transculturation sont absents de la large revue de littérature Denys Cuche sur la « notion de culture dans les sciences sociales » (1996), peut-être en raison du style peu académique des textes d'Ortiz, ou bien du fait qu'il ne soit pas associé à une institution académique occidentale.

²⁹ Plusieurs auteurs connus tels qu'Herskovits, Linton, Redfield et Bastide étaient porteurs à cette époque du concept d'acculturation.

François Laplantine définit quant à lui le concept de transculturation comme « la réciprocité des échanges entre les cultures [...] les processus par lesquels une culture qui s'affirme comme étant dominante se laisse peu à peu transformer par une culture considérée comme dominée ou devant être dominée » (1988 : 87) qu'il qualifie plus loin d'« extrêmement complexe » (1988 : 89). L'auteur français implique les questions de migrations comme faisant presque partie intégrante de la discipline ethnopsychiatrique.

Au sujet du terme transculturel, Devereux mettait déjà en garde face à l'importance de bien distinguer les psychiatries interculturelle et transculturelle. Cette dernière discipline aurait évolué en perdant le sens qu'il lui avait originellement accordé. Il relève dans ses textes la confusion entre deux sens attribués au terme « transculturel ». Lui-même s'y référait initialement pour désigner les aspects des pratiques psychanalytiques et psychiatriques et les éléments des psychopathologies qui transcenderaient les différentes cultures. Il l'entendait donc comme synonyme de « métaculturelle ». Cette vision implique un processus graduel de *déculturation*, durant la thérapie, afin de ne pas s'arrêter à un traitement essentiellement symptomatique des formes culturelles que prennent les troubles mentaux. Il délaissa toutefois l'expression suite au constat d'une déviation de son sens, qui est entendu désormais comme un intérêt pour les spécificités culturelles de chaque culture. Tassinari entend également le terme au sens vague « d'humaniste » (1989). À la lumière de la revue de littérature présentée ici, le terme semble employé à bien des usages, souvent sans précisions quant à ses implications sous-jacentes. La divergence entre les deux définitions qu'on peut lui attribuer semble donc être parfois source de confusion. Comme nous le verrons dans ce chapitre, en plus du terme « transculturel », d'autres notions telles que celle du double universalisme, de l'inconscient et le caractère universel de la psychiatrie biomédicale constituent d'autres sources de tensions conceptuelles et des zones de friction entre les auteurs en ethnopsychiatrie et en psychiatrie transculturelle³⁰.

Il est intéressant alors d'analyser le sens et les connotations du concept *transculturel* de Fernando Ortiz, qui semblent avoir subi des glissements de sens au fil de ses traductions, depuis l'espagnol vers les littératures scientifiques francophones et anglophones (Devereux 1972 ; Ortiz

³⁰ Précisons seulement que les termes *ethnopsychiatrie* et *psychiatrie transculturelle* sont souvent entendus comme synonymes. Ils référeront cependant ici à deux traditions scientifiques bien distinctes, la première, francophone, depuis Devereux, et la seconde, anglophone, associée aux universités McGill et Harvard notamment. Ces deux modèles sont détaillés et comparés en prochaine section de ce chapitre.

2011). Le concept de transculturation est central à cette étude qui porte sur des moments de rencontres interculturelles bien spécifiques. Je comprends donc ici la transculturation comme un phénomène universel partiellement observable et impossible à prédire, causé par des rencontres. On le distinguera donc de l'interculturel et du multiculturel, qui se réfèrent à des états ou des situations, de même qu'à l'interculturalisme et au multiculturalisme, qui réfèrent, tel qu'on le verra plus bas, à des modes de gestion de la diversité sous-tendus par des idéologies spécifiques.

Ici, la lunette de la transculturation s'appliquera à analyser des pratiques (celle des traitements psychiatrique et psychothérapeutique) importées. Ces pratiques sont sous-tendues par de nombreux éléments culturels et ne sont donc pas neutres lorsqu'elles s'appliquent dans un nouveau contexte (celui du Nord-autochtone). Il serait alors impossible de l'exercer de façon rigoureuse, pour des raisons multiples qui seront explorées dans l'analyse. Alors, les intervenantes sont menées à négocier leur travail, lui conférant une forme *transculturée* par les échanges et les influences. À l'instar du sociologue Loïc Wacquant (2002) qui proposait d'étudier en détail les déclinaisons du concept d'habitus appliqué à un contexte précis (celui des boxeurs du ghetto de Chicago), je documente en chapitre trois (3) et quatre (4) et j'analyse en chapitre cinq (5) et six (6) les nouvelles formes conjuguées que prend le soin psychique. Il s'agit de l'étude d'un cas d'exportation d'une pratique occidentale en contexte colonial, ce qui mobilise la question de l'inadéquation du soin dans ce contexte.

1.2 Ethnopsychiatrie et psychiatrie transculturelle : la cohabitation de deux modèles à Montréal

Ces deux courants se sont mis à diverger sensiblement quant aux cadres théoriques de référence, aux méthodes et aux objectifs ; leur différenciation progressive et leur distanciation en sont venues à introduire un clivage apparemment irréductible et qui ne peut être que dommageable pour l'ensemble du champ anthropologico-psychiatrique. De plus, en s'imposant de plus en plus massivement, le courant de la psychiatrie culturelle risque d'évacuer toute préoccupation sociale chez un bon nombre d'anthropologues culturalistes.

- Bibeau et Corin 1995.

Il existerait des spécificités montréalaises en psychiatrie transculturelle et en ethnopsychiatrie. Pour Carlo Sterlin, celles-ci seraient attribuables à la situation privilégiée de la ville, carrefour entre cultures latines et anglo-saxonnes (Sterlin 1999). Cela a créé un potentiel de rencontre entre les institutions francophones et anglophones, chargées de traditions

scientifiques distinctes. Or, ces deux paradigmes de la santé mentale interculturelle semblent évoluer en silos et n'avoir que très peu d'interactions. Elles seront maintenant présentées et brièvement comparées, en apportant un intérêt aux implications idéologiques des deux approches, qu'on pourrait sans doute associer, pour l'une, au multiculturalisme canadien et pour l'autre, à l'interculturalisme québécois (White et Emongo 2014).

1.2.1 L'approche ethnopsychiatrique clinique

L'approche ethnopsychiatrique découle directement des travaux théoriques de Devereux. Ceux-ci furent toutefois importés et appliqués dans la clinique, initialement en France, par Tobie Nathan et repris par Marie-Rose Moro. L'ethnopsychiatrie s'y pratique et se développe principalement au Centre George Devereux, un centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes ; et à la clinique de l'hôpital d'Avicenne, un service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Rouchon 2009). Au Québec, Carlo Sterlin et Franz Raphaël sont à l'origine des premières cliniques ethnopsychiatriques des services de psychiatrie externes des hôpitaux Jean-Talon et Maisonneuve-Rosemont. À leur fondation, ces-derniers se sont directement inspirés des exemples français avec lesquels ils étaient en relation. Néanmoins, plusieurs spécificités montréalaises et haïtiennes se sont greffées à la pratique. Relevons notamment une influence de Raymond Panikkar³¹ et de l'institut interculturel de Montréal, sur le plan du potentiel dialogique perçu dans les situations interculturelles cliniques (Sterlin 2006 ; Emongo 2014). Cette approche se démarque par une remise en question du dispositif de la rencontre et de l'universalisme de l'approche psycho-psychiatrique du soin tel qu'entendu par la biomédecine. Ainsi, elle se positionne en réaction à un « ethnocentrisme inhérent à la pratique de la psychiatrie biomédicale » (ma traduction, Sturm et al. 2011 : 207). Elle reconnaît différents « savoir-être culturels » (Sterlin 2006a) et conçoit la clinique comme un lieu de rencontre interculturelle et d'échanges, grâce à un mélange de la psychanalyse et de l'anthropologie, à l'instar de ce que Devereux proposait. Ont été développés à cette fin des outils concrets et un

³¹ Ce que le philosophe appelle le « désarmement culturel » prescrit une attitude d'humilité au clinicien occidental qui doit se « désarmer culturellement ». En effet, sans ce processus, la culture occidentale, de par son caractère hégémonique, empêcherait la mise en place d'un dialogue transparent. (Nous parlons ici du clinicien, mais ses réflexions ont une portée beaucoup plus large que leur application clinique que nous en faisons.) Enfin, il a travaillé à l'institut interculturel de Montréal, ce qui a permis à Sterlin (2006) d'affirmer que son influence serait plus ressentie ici qu'ailleurs.

dispositif d'intervention bien original. En premier lieu, ce dispositif groupal conteste l'approche trop individuelle du traitement. Elle affirme que les rencontres dyadiques auxquelles ont habituellement recours les malades en occident (thérapie centrée sur le patient ou ensuite en face à face) ont comme effet d'isoler le patient de son milieu. L'ethnopsychiatrie rappelle que dans de nombreuses régions du monde, la psyché se traite autrement, collectivement, et implique un ensemble de composantes externes (famille, milieux, environnement, esprits, etc.) que la psychiatrie et la psychologie classique ne considèrent pas toujours ou pas autant. En rafale, voici les caractéristiques du dispositif³²:

- Les séances sont tenues en groupe et la disposition circulaire des chaises permet notamment un aplanissement des rapports de pouvoir et favorise l'échange. Les promoteurs de l'ethnopsychiatrie rappellent de surcroît qu'on aborde souvent les troubles de santé mentale de manière collective dans de nombreuses régions du monde, à l'inverse de la conception occidentale fondamentalement individualisante ou même *internalisante* des troubles. Ainsi, plusieurs patients réagiraient face à l'isolement, à la confidentialité et à l'individualisation des maux.
- Les groupes thérapeutiques sont composés de membres de la famille du patient ainsi qu'un nombre presque équivalent de co-thérapeutes, d'origines ethnoculturelles et de formations diverses, en plus d'un interprète et de l'intervenant. C'est ce dernier qui a la charge du cas et qui a sollicité l'aide de la clinique ethnopsychiatrique.
- Le dispositif mène à la création d'un *transcadre* (Arpin 2006) qui transforme le transfert³³ en *intertransfert* entre le groupe de thérapeutes et la famille. Ce « troisième lieu » se veut à l'intersection des systèmes de représentation des cliniciens et du patient (et de sa famille), au sein duquel se négocie la thérapie et se coconstruit le récit de la maladie (Sturm et al. 2011).

³² Il sera investigué au chapitre cinq (5) quels éléments de la méthode ethnopsychiatrique sont appliqués et lesquels il serait potentiellement intéressant d'importer en contexte autochtone.

³³ Tout comme la neutralité affective du thérapeute, le transfert constitue un outil fondamental au travail psychique, peu importe les courants de la psychologie auxquels on adhère. Laplanche et Pontalis, psychanalystes, le définissent comme étant « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué » (Laplanche et Pontalis 1967).

- Le patient s'exprime dans la langue de son choix, ce qui est permis par la présence d'un interprète, qui peut à l'occasion servir de médiateur interculturel. En effet, l'ethnopsychiatrie rappelle que chaque culture possède son propre mode classificatoire.
- Une sensibilité accrue est portée aux enjeux d'identité, à la trajectoire migratoire, à la question d'adaptation et au bagage socioculturel porté par les patients et leurs proches, mais aussi par les thérapeutes, les autres intervenantes, les institutions et d'autres structures.
- L'utilisation de leviers culturels, privilégiée par Devereux, favoriserait le développement d'alliances thérapeutiques dans ce contexte où il existe beaucoup de méfiance et d'incompréhensions mutuelles.
- L'interprétation du cas et des transferts est discutée parmi le groupe de co-thérapeutes à la fin des séances, diminuant ainsi les risques de *contre-transferts culturels*.

En somme, l'ethnopsychiatrie reconnaît que les thérapeutes - et non seulement les patients - sont des êtres culturels. Plusieurs conflits ou incompréhensions lors de rencontres cliniques seraient dus à une collision entre cultures anthropocentriques et cosmocentriques (Sterlin 2006a et 2006b)³⁴. En effet, selon Carlo Sterlin, ce dernier élément est déterminant, car il influence l'ensemble de nos conceptions et de nos valeurs et façonne nos modèles explicatifs de nombre d'expériences limites (notre place et notre rôle dans l'univers, la mort et la maladie notamment).

Le processus de centrement-décentrement (ou de centration-décentration) est central au travail ethnopsychiatrique. Il consiste en un effort de réflexivité de sa position intérieure (ses propres valeurs et de ses postulats culturels et disciplinaires) lors de moments de rencontre. Il permet alors de mieux comprendre le fait que la perspective du patient sur son vécu soit différente et permet aussi d'éviter ce que Sterlin appelle un *Contre-transfert culturel* (Cohen-Emmerik 2004). Sterlin et Dutheuil (2000) expliquent bien cette dernière notion :

Lorsque deux personnes sont en présence l'une de l'autre et qu'elles proviennent de deux cultures différentes, il y a un risque que chacune d'entre elles interprète les faits à travers son propre système culturel de référence,

³⁴ Eduardo Duran confirme l'existence de cette dualité des cosmologies dans ses écrits en psychologie postcoloniale tout comme il atteste de leur récurrence en psychothérapie. En santé mentale globale et dans les études de la mondialisation et de l'aide humanitaire, le concept du « ecocentric self » représente un outil conceptuel très proche du cosmocentrisme (Kirmayer et Fletcher et Watt 2009). Sterlin utilise d'ailleurs plusieurs exemples pour illustrer l'articulation du concept et s'adresse autant au travail d'intervention au niveau mondial que dans les cliniques de centre urbains occidentaux diversifiés et en milieu autochtone.

sans tenir compte de celui de l'autre. Ce phénomène [...] peut conduire à porter des jugements, à disqualifier son interlocuteur et à ajouter au traumatisme initial. En partant d'une vision qui tient compte uniquement de sa propre culture, on déforme ainsi la réalité de l'autre.

La littérature scientifique intéressée par l'interculturel paraît foisonnante, particulièrement sur la question de la prestation de services (Gratton 2009 ; 2013). Cependant, les peuples autochtones ne sont pas souvent inclus dans ces études. Il convient d'évaluer quelles stratégies développées dans des contextes interculturels - des villes cosmopolites aux populations diversifiées - et dans les pratiques d'ethnopsychiatrie comportent des caractéristiques analogues aux témoignages des intervenantes du contexte autochtone et qui seraient donc potentiellement importables. Un rapport ethnopsychiatrique daté de 2007 intitulé *Vers un nouveau modèle de services pour les Canadiens d'ascendance africaine* comporte de nombreux éléments qui soutiendront l'analyse de ma recherche, bien qu'il aborde un tout autre clientèle (Annoual et al. 2007). De nombreuses similarités pourront être extraites entre les données de recherche et ce document. Plus spécifiquement, trois sections de ce rapport comportent des ressemblances entre le travail avec des afrodescendants et celui des intervenantes psy du Nord. L'approche proposée dans le rapport irait plus loin dans le dialogue d'intervention que l'ethnopsychiatrie ou les autres modèles d'intervention sensibles aux enjeux de sécurité culturelle :

La nouvelle approche

[...] certains principes sur lesquels devrait reposer une nouvelle approche en ce sens. Toute démarche préventive ou curative destinée aux Afro-Canadiens devra dorénavant prendre en considération :

- 1) le caractère distinctif du système de référence des traditions africaines, qui met l'accent sur les réseaux ancestraux, spirituels, familiaux et sociaux ainsi que sur l'« être » collectif, par opposition à l'individualisme de type occidental ;
- 2) l'approche holistique, énergétique et écologique de la santé et de la maladie ;
- 3) l'importance du corps, de son énergie primale particulière, de son expérience du rythme ;
- 4) l'effet des manifestations concrètes de l'oppression quotidienne dans laquelle vit la majorité des Afro-Canadiens, en particulier quand cette oppression prend la forme du racisme ;
- 5) l'impact considérable et cumulatif de l'oppression et des traumatismes du passé dans les problématiques contemporaines.

Le rapport de l'étude de Annoual et al. 2007 énumère deux constats et deux hypothèses « d'intervenants quotidiennement impliqués dans les services correctionnels et les services de santé au Canada » à l'origine du projet qui semblent identiques à celles qui ont motivé la

rédaction de ce mémoire. Le rapport mentionne d'ailleurs les Premières Nations parmi les groupes concernés :

Double constat :

- a) la surreprésentation des Afro-Canadiens dans les services imposés (centres de détention, aile médico-légale des hôpitaux psychiatriques, centres jeunesse, etc.) ;
- b) leur sous-représentation dans les services à accès volontaire (consultations externes psychiatriques, services de toxicomanie, etc.).

Les initiateurs de ce projet sont partis de ce double constat [...] pour élaborer deux questions :

- a) Se pourrait-il que cet état de choses soit lié à la position fragile des Afro-Canadiens dans la dynamique globale de la société canadienne et qu'il soit entretenu par l'inadéquation des services préventifs et curatifs qui leur sont offerts ?
- b) Se pourrait-il que cette inadéquation, que l'on peut postuler pour toutes les communautés marginalisées à grande distance culturelle, y compris les Premières nations, revête des aspects spécifiques du fait de l'esclavage, de la colonisation et du racisme particulier auquel sont exposés les Canadiens d'ascendance africaine ? (Annoual et al. 2007)

L'un des objectifs du projet cité trouve écho dans mes données de recherche, soit : de « cerner l'impact de l'esclavage, de la colonisation et du racisme sur l'identité et l'adaptation des Afro-Canadiens » à l'exception que je m'intéresse à une clientèle différemment affectée par le colonialisme.

1.2.2 L'approche anglo-saxonne (Université McGill)

La division clinique associée aux recherches du programme de psychiatrie transculturelle de l'université McGill se présente comme un service de consultation culturelle. Ce service est basé à l'hôpital général juif de Montréal. S'y réunissent des cliniciens et d'autres intervenants ou « experts » ponctuels sollicités au cas par cas en fonction de la situation. Ainsi, des intervenants éprouvant des difficultés avec un patient ou une famille spécifique font appel à des gens qui seraient plus familiers avec la culture d'origine ou la situation particulière de celui-ci. L'analyse du cas et des réponses du patient est faite en équipe. Les informations seraient acquises via un modèle transculturel inspiré de l'entretien semi-dirigé ethnographique (Kleinman et al. 1978 ; Weiss 1997). Ce modèle permettrait de relever des narratifs des patients trois principaux types d'information : les premières interprétations qu'il fait de son vécu ; ses réflexions et ses réactions face au clinicien/thérapeute ; et permet de valider les évaluations et les intuitions des

médecins ou des thérapeutes auprès du patient³⁵ (Kleinman 1977; Kirmayer 2006 ; Lumsden 2006). Or, si les séances d'interprétations sont en groupe, les rencontres avec le patient et sa famille ne le sont pas. Par ailleurs, ce service apparaît beaucoup axé sur la recherche. D'une synthèse faite par Wintrob (2013), j'ai relevé cinq catégories d'orientations récentes des travaux de recherche en psychiatrie transculturelle :

- Adresser la question de l'applicabilité transculturelle des diagnostics psychiatriques, en faisant des études sur les catégories occidentales (inspirée des différentes éditions du DSM- par exemple) et leur corrélat ou leur différente expression dans d'autres cultures. Ainsi, relégitimer la pertinence des intervenants (surtout psychiatres) et d'ainsi faciliter le travail ;
- Évaluer l'incidence et la prévalence des principales psychopathologies dans le monde et selon les groupes (particulièrement psychotiques et dont la schizophrénie représente un cas de figure très étudié à travers le monde) ;
- Étudier les particularités des groupes immigrés, réfugiés et demandeurs d'asile (dont la situation serait de plus en plus vulnérable en raison des politiques néo-libérales d'austérité) et l'incidence de troubles et psychopathologies selon les groupes, les expériences et les trajectoires spécifiques ;
- Documenter et analyser la résilience face aux changements sociaux (quant au stress induit par la migration ou par la colonisation par exemple) et plus récemment sur la résilience culturelle de groupes marginalisés.
- Adapter la pratique médicale pour la rendre plus sensible et compétente vis-à-vis des questions de culture.

En bref, la psychiatrie transculturelle s'intéresse à (1) la pathologie, (2) à son diagnostic et (3) à son traitement. Selon le psychiatre et anthropologue Lawrence Kirmayer :

The 'new cross-cultural psychiatry' has become part of the mainstream of cultural psychiatry and medical anthropology (even if it is at the margins of biomedicine), and in so doing has developed its own characteristic style of argument. This involves showing the ways in which a medical symptom, diagnosis or practice reflects social, cultural and moral concerns. The moral project of medicine is partially hidden or obscured by the use of

³⁵ À ma connaissance, peu de documentation explique clairement le fonctionnement du service. Les informations présentées ici sont principalement issues d'entretiens que j'ai tenus avec des intervenantes familières avec le programme ou qui y ont travaillé occasionnellement comme consultantes.

a rhetoric of science that portrays clinical practice as primarily technical, evidence-based, and neutral or value-free. (2006: 127)

Wintroob (2013) énonce aussi un sixième champ émergeant, le « person-centered care », opposé à une prise en compte de la perspective seulement biologique des psychopathologies ou en réaction au domaine récent de la « médecine personnalisée » ou « precision medicine », qui amasserait présentement la grande majorité du financement en recherche.

1.2.3 Comparaison critique des deux dispositifs cliniques

Cette brève présentation des intérêts et des spécificités de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle met en lumière deux points de divergence entre les approches. D'une part, une tension entre universalisme et particularisme semble les opposer. Cette tension se retrouve au sein de la pratique psychiatrique, lorsqu'elle tente d'expliquer l'inégalité liée à la qualité et au succès des traitements entre les patients eurodescendants et ceux issus d'autres groupes. Ces inégalités ne peuvent être comprises seulement en termes d'accessibilité aux soins, car l'accès au même service, s'il n'est pas adapté aux particularités des différents groupes des usagers, n'aura pas les mêmes résultats (Del Vecchio Good et Hannah 2014). Le problème, plus profond, peut résider dans les interactions entre les patients, les psychiatres ou les thérapeutes et l'institution biomédicale. Cette situation mobilise au moins deux niveaux d'analyse : 1- l'interaction entre les acteurs et 2- le contenu et les implications (idéologiques, politiques, cosmologiques et culturelles) qui sous-tiennent le traitement. La première zone de friction entre les deux modèles semble résider dans la question de l'universalisme de l'inconscient (ou de la psyché humaine) tel qu'entendu par l'ethnopsychiatrie (Govindama 2006) et de la pertinence des traitements psycho-psychiatriques, qui demeure presque intouchée pour la psychiatrie transculturelle. Cette dernière discipline est principalement orientée par des psychiatres et postule de l'universalisme des psychopathologies et donc de leurs traitements. En outre, l'ethnopsychiatrie française n'est pas exclusivement pratiquée par des psychiatres mais par des co-thérapeutes de diverses disciplines³⁶. Aussi, la psychiatrie transculturelle semble moins contester la pratique médicale dans sa forme actuelle, mais tente plutôt de la rendre plus efficace.

³⁶ À ce propos, Govindama (2006) déplore justement le fait que le champ ethnopsychiatrique soit occupé de plus en plus par les psychiatres, alors que, ironiquement, il les concernait peu sous ses premières formes.

Les deux modèles s'accordent dans leur critique de l'importation d'une pratique occidentale à d'autres groupes et contribuent à éviter une pratique psychiatrique qui aurait des relents colonialistes. Or, Carlo Sterlin (2006) postule que la pratique transculturelle des institutions anglo-saxonnes demeurerait *occidentalocentriste* à certains égards, malgré plusieurs de ses questionnements d'ordre socioculturel très pertinents et malgré l'utilisation de ce qu'il appelle « une médiation culturelle » dans la thérapie. Frantz Raphael s'y accorde également en affirmant que « [l]a psychiatrie transculturelle est une pratique qui postule l'universalité de la pathologie mentale tout en repérant les manifestations spécifiques reliées à la culture des usagers. Par contre, les modalités d'intervention utilisées demeurent celles de la psychiatrie conventionnelle. » (2010 : 159). Mentionnons cependant ces deux auteurs sont collègues et fondateurs de la clinique ethnopsychiatrique de l'hôpital Jean-Talon, ce qui a pu orienter leur position critique à l'égard de la tradition anglo-saxonne. En bref, les approches trans- et interculturelles sont également porteuses d'idéologies et de traditions (Jadhav 2004).

Classification des approches en santé mentale

Le docteur Carlo Sterlin proposait en 1999 la classification clinico-politique suivante des approches de la santé mentale, basée sur (1) « le rapport existentiel à l'autre » et (2) « les rapports de pouvoir entre cultures » :

- Coloniale
- Néocoloniale
- Dialogale
 - Bipolaire ou parallèle (niveau I)
 - Binaire partielle (niveau II)
 - Binaire globale (niveau III),

Sterlin en appelle au développement de « l'utopie d'un modèle à portée universelle », via un processus de décolonisation et d'ouverture à la différence en adoptant une approche réellement transculturelle et de métissage. Celle-ci reposerait sur une relation égalitaire et d'influence réciproque entre les méthodes de guérisons de différents groupes. Il souligne que tout intervenant porte en lui et via sa pratique un corpus d'idéologies particulières. Par idéologie, il n'est pas seulement entendu des opinions politiques, mais plutôt une vision du monde et des valeurs

teintées des nombreuses influences de la culture et des trajectoires individuelles. De plus, celle qui est véhiculée par le soin est celle du groupe dominant et au sein de celui-ci, des classes dominantes. Outre tout ce bagage d'idéologie qui sous-tend la discipline psy, les structures et les dispositifs de soins, les intervenantes dont il est question dans ce mémoire travaillent dans un contexte colonial qui s'étend à l'ensemble des dimensions de la vie³⁷ et doivent donc composer avec de nombreuses formes que prennent les réactions subjectives au colonialisme, comme l'affirmait Franz Fanon, dont il sera question en prochaine section.

La relation de pouvoir est impossible à ignorer dans le contexte du Nord autochtone. On m'a néanmoins suggéré que le fait que les thérapeutes se déplacent et se trouvent en posture d'étrangères – d'invitées - diminuerait le rapport de pouvoir. Ces dernières détiennent toujours un rapport de force, mais potentiellement amoindri symboliquement du fait qu'elles se déplacent pour offrir des services. Il est intéressant d'interroger des mécanismes d'aplanissement du rapport de pouvoir qui seraient appropriés à ce contexte. À cet égard, le surcroît d'implication et le dévoilement relatif (le don symbolique) de la thérapeute dans la relation constituerait une stratégie de l'ethnopsychiatrie qu'on retrouvera dans les données de cette étude.

Un petit mot enfin sur le multiculturalisme sur lequel les travaux du service de consultation culturelle associé à McGill s'appuient (Kirmayer et al. 2003). Le projet de recherche coordonné par Pascale Annoual et al. (2007) cherche à démontrer les « aspects dysfonctionnels du multiculturalisme canadien ». De nombreux chercheurs tels que Moodley et West (2005) et Joseph P. Gone ont adopté une posture critique face aux « échecs de la psychologie multiculturelle » (Gone 2009, ma traduction). Selon ces derniers, la seule solution envisageable viable pour améliorer les services concerne l'intégration de méthodes de guérison traditionnelles dans l'approche thérapeutique conventionnelle, tâche à laquelle est investi le prochain chapitre. L'importance d'une connaissance des particularités culturelles d'autres groupes est certes bien reconnue dans la littérature sur la compétence culturelle des cliniciens. Il est cependant plus rarement question de l'importance d'avoir une correspondance ou une résonance dans les

³⁷ Le colonialisme fait l'objet de beaucoup de textes. En milieux autochtones canadiens, il implique une histoire de violences de toutes sortes, de dépossession, etc., mais prend aussi des formes plus subversives et actuelles notamment au travers des institutions étatiques (économique, juridique, de santé, éducation, etc.), la loi sur les indiens et autres telle que le colonialisme bureaucratique, etc.

approches, pour ne pas perpétuer une approche coloniale portée par une psychiatrie qui serait seulement « accommodée » pour la différence culturelle (Nathan 1994).

1.3 Épistémologie de la rencontre (interculturelle) : une approche systémique

On peut attribuer l'origine de l'approche systémique à l'école de Palo-Alto (Californie) et particulièrement à Grégory Bateson. Ce groupe de chercheurs était issu de diverses disciplines. Cette perspective est maintenant utilisée entre autres en anthropologie, en sociologie, en psychologie, en travail social et en communication. Elle a aussi influencé la psychiatrie et les différents types de thérapies en soulignant l'impossibilité de soigner un individu sans considérer ses réseaux d'influences et d'interactions et d'autres éléments contextuels³⁸. L'école de Palo-Alto adoptait initialement une perspective dite « orchestrale » de la culture, où les individus se voient accorder un dynamisme et une capacité d'action, sans exclure qu'ils sont aussi à la fois constituants/acteurs d'un ensemble plus large qui les influence à leur tour par effet de rétroaction (Bateson 1970 ; Winkin 1981). Ainsi, chaque membre affecte l'ensemble, et l'ensemble influence chacun des membres. Cette perspective aide à comprendre le concept de « double-bind » de Bateson (1970), c'est-à-dire une double contrainte. Il s'agit de pressions (internes et externes) contradictoires qui auront un effet sur le psychisme et la santé mentale, particulièrement lorsque les contradictions entre ces forces seront trop importantes.

La notion de système est polysémique et parfois utilisée sans précision, d'autant plus que l'approche systémique a été reprise dans plusieurs disciplines sous des définitions parfois divergentes³⁹. La perspective systémique interactionniste a plusieurs niveaux d'analyse et porte son attention à minimalement deux niveaux distincts : 1) aux conditions de la rencontre (dans le contexte qui m'intéresse ici, il s'agit du dispositif de soin) ; 2) ainsi qu'à l'interaction entre les acteurs de ces rencontres (White, communication personnelle). Toutefois, au moment de l'interaction, se retrouve, sous-jacente, une rencontre inter-groupe, car il se mobiliserait toujours

³⁸ Je n'aborderai pas plus profondément la question de la thérapie systémique, bien qu'elle fut inspirée par la même école et concerne une forme de soin en santé mentale, car cela outrepasserait ma formation, mes compétences et les objectifs de ce mémoire.

³⁹ Plusieurs disciplines ont mobilisé la notion de système, mentionnons seulement la biologie, la chimie, mais aussi en sciences sociales telles que les sciences politiques, le travail social, la psychothérapie, etc.

simultanément plus d'un système de pensée (mécanismes d'exclusion, dynamiques de groupe, éléments des systèmes politiques, etc.). Pour résoudre ce défi de penser à plus d'une échelle à la fois, Bateson (1970) propose d'analyser les phénomènes sociaux au niveau systémique en prenant en considération le point d'observation d'où nous nous situons ainsi que celui des autres acteurs du système. Il parle d'autorégulation, pour amalgamer conceptuellement ces différents niveaux⁴⁰. C'est-à-dire que les systèmes recherchent des états d'équilibre ou de rééquilibre suite à des perturbations tels que des changements sociaux. Leurs mécanismes de régulation varient cependant beaucoup selon le contexte et les acteurs en jeu. Au travers de dynamiques sociales et interindividuelles, il se générerait à l'occasion des tensions et des schismes (ou de l'entropie) au sein des systèmes, ce qui rend impossible l'extraction de patrons de fonctionnement trop généralisant (White, communication personnelle). Or, malgré les constants réajustements et réifications, il serait possible de concevoir la création de *patterns* sociaux au fil d'interactions répétées. L'analyse des interactions, de la communication et de ce qu'elles contiennent en termes de dynamiques d'inclusion, d'exclusion, de coopération et de compétition aux plans individuel et groupal permet de ne pas se restreindre à l'unique plan d'analyse interindividuel et d'élargir notre perspective à une compréhension systémique. Cette vision processuelle chez Bateson se traduit par l'expression « culture as communication » (Cuche 1996). Cette approche systémique occupe une position mitoyenne, puisqu'elle prend en compte, d'une part, le rôle des acteurs individuels et des agents de changements, sans non plus s'arrêter au caractère hasardeux ou arbitraire des dynamiques d'interactions. En surcroît, elle refuse l'idée de reproduction et de stabilité des structures qu'une vision déterministe sociale ou structurelle impliquerait. À ce propos, Barth et Bateson parlent d'organisation au dépens du concept de structure, brisant ainsi avec des courants fonctionnalisme et structuralisme des débuts de l'anthropologie (Genest communication personnelle en parution ; Bateson 1978).

Le Laboratoire de recherche en relations interculturelles de l'Université de Montréal (LABRRI) a développé une perspective originale pour adresser les rencontres interculturelles. Ses travaux s'inscrivent en continuité avec ceux de l'Institut interculturel de Montréal, fermé en 2012 faute de financement (Emongo et White 2014). Au sujet des rencontres interculturelles, la

⁴⁰ Pour Bob White, la pensée systémique de Bateson s'exprime par : "homeostasis, feedback and the relevance of pattern" (communication personnelle ou en parution).

perspective du LABBRI se veut à la fois systémique et interactionniste. Selon lui, plusieurs conflits interculturels sont issus d'une confusion des échelles dans l'interprétation entre celle de l'individu, celle du groupe et l'universel (Gratton 2012). Dans cette analyse, l'herméneutique du philosophe Gadamer prend une grande importance, en ce qu'elle suggère qu'il est possible de fusionner des horizons distincts au fil d'un dialogue (Emongo et White 2014).

Dans le contexte des communautés autochtones du Nord, les effets prégnants de la colonisation sous toutes ses formes, la précarisation socio-économique, la loi sur les Indiens et d'autres enjeux de racisme et d'injustice (systémique et épistémique) aurait été intégrés (internalisés) et devraient être considérées lorsqu'on s'intéresse à des questions de santé dans ces milieux (Adelson 2005). Il s'y opèrerait aussi une cohabitation de systèmes médicaux parallèles. Ces systèmes médicaux (sous-tendus par un système de sens) sont néanmoins pris dans une hiérarchie de pouvoir quant aux différentes sources de savoirs et quant aux normes et aux valeurs divergentes qui se rencontrent. On devine donc déjà le potentiel de l'analyse systémique dans l'étude des dynamiques de soin dans le Nord-autochtone et plus généralement pour les questions qui impliquent la question complexe de la culture. Kirmayer rappelle aussi l'importance d'analyser les phénomènes psychiques autochtones à plus d'un niveau :

Given the widespread social problems faced by Aboriginal peoples in Canada, viewing suicide strictly as the outcome of a psychiatric disorder actually aggravates the situation. Psychiatric explanations are stigmatizing and so add to the feelings of estrangement, devaluation and powerlessness that contribute to suicide attempts. A psychiatric approach directs attention to the pathological individual rather than to basic social problems that demand remediation. (Kirmayer et al. 2003 et 2007).

Le courant de la psychiatrie communautaire présente une perspective fortement empreinte d'une analyse systémique selon laquelle on ne peut appréhender adéquatement la maladie si on l'extrait de son contexte communautaire, historique et politique.

1.3.1 Perspective communautaire sur la psychologie et la psychiatrie

Carlo Sterlin (1973) a présenté un historique de la psychiatrie communautaire et expliqué ses bases théoriques. Ce courant n'aurait pas eu le succès que l'enthousiasme qu'il a suscité dans ses premières années laissait pourtant présager. Sterlin présente une définition opérationnelle de cette approche qui comprend « a) la prise en charge de la santé mentale d'une population délimitée géographiquement ; b) le souci de la continuité des soins ; c) une certaine forme de

présence des patients et des soignants dans la communauté ; d) le fonctionnement en équipes multidisciplinaires ». Ce courant est situé historiquement dans les sillages de la période de désinstitutionalisation psychiatrique qui, toujours selon Sterlin, aurait « rendu caduque les bases théoriques [de la psychiatrie] » et expliquerait pourquoi elle se trouve présentement dans une impasse⁴¹. Pour en sortir, il propose d'adopter une théorie dialectique de la psychopathologie, qui « trouve ses fondements dans une conception particulière de la place et du fonctionnement du corps ». Il est inspiré de l'approche bioénergétique Reichienne. Parmi les notions théoriques centrales à cette perspective, on retrouve l'autoplastie (modification interne passive de l'organisme par l'action du milieu, qui « s'organise et puis s'organise »). L'allopastie (modification active du milieu par l'organisme) réfère aux pressions externes d'une réalité qui se confrontent trop rudement aux positions intérieures du patient. De cette contradiction émergeront les troubles psychiques, par dissonance (ou ego-dystonie), dans un processus où « l'évènementiel et l'histoire en général s'inscrivent dans le corps ». La pression externe est donc conçue en institution ou comme une « média-structure ». Ainsi, lorsque les contradictions entre celles-ci sont trop fortes, émergent des psychopathologies et d'autres troubles psychiques. À mon avis, il est difficile d'imaginer pire contradiction psychique que celle induite par la colonisation et toutes les modifications à l'ordre social qu'elle imposa aux peuples autochtones (Leroux 1995). Il me semble alors possible de postuler qu'en milieu colonial, ces tensions, vécues de manière interne et externe à la fois, expliquent l'importance des troubles psychiques, de par les « déséquilibres dynamiques bioénergétiques du cerveau et du corps en général soumis au jeu des contradictions du suprastructurel (biologie de la double contrainte, etc.) » (Sterlin 1973). Cette approche théorique semble pertinente à mon étude du fait qu'elle ne présente pas une dualité (au sens cartésien) et corrobore plutôt la pertinence d'une approche systémique complémentariste. Elle reconnaît aussi des « agents étiologiques divers » et servirait en ce sens de bonne base – bien que non exclusive – à la construction d'une approche réellement dialogique. En outre, elle nécessite une grande ouverture phénoménologique et épistémologique.

⁴¹ L'auteur nous prévient toutefois de ne pas sombrer pour autant dans ce qu'il nomme « un délire antipsychiatrique de négation ».

1.4 Le problème culturel

Le concept de culture a beaucoup évolué au sein des sciences sociales et de l'anthropologie en particulier. Il constitue à la fois un outil théorique (Bateson parle de principe explicatif (1977)) et un intérêt de recherche sur lequel il existe une abondante littérature. Je soulève dans cette section quelques perspectives critiques qui rappellent son caractère polysémique, glissant et polémique. Dans une vaste revue de la littérature scientifique portant sur *La notion de culture dans les sciences sociales*, Denys Cuche (1996) identifie le caractère idéologique que revêt chaque utilisation qu'on peut avoir du concept de culture, notamment lorsqu'il est utilisé à propos de groupes immigrants ou marginalisés. La culture de l'autre est systématiquement relevée, à l'inverse de la culture des groupes dominants, c'est-à-dire celle des chercheurs, qui fut longtemps (et encore souvent) invisibilisée dans leurs études (Gone 2011). Margaret Mead rappelait déjà que « la culture est une abstraction, ce qui ne veut pas dire une illusion. Ce qui existe, ce sont des individus qui créent la culture, qui la transmettent, qui la transforment » (Cuche 1996).

1.4.1 Les pièges liés à l'utilisation du terme culture ou le projet insensé de la compétence culturelle

Une utilisation de la notion de culture sans qu'elle ne soit explicitement définie peut avoir des conséquences discriminatoires tel que (1) de réifier ou enfermer des groupes marginalisés dans leur culture d'origine ; (2) de postuler de frontières étanches entre groupes en oubliant le caractère processuel, construit, dynamique, syncrétique et métissé de toute culture ; ou bien (3) de dévaloriser les savoirs des usagers de services, en contraste aux aspects culturels des institutions, qui sont invisibilisés des discours et des pratiques (Barth 1969 ; Gratton 2012 ; Genest communication personnelle en parution). Bob White explique bien la réticence de nombreux anthropologues intégrer des explications culturelles à leurs analyses, de peur que leurs travaux ne basculent dans le culturalisme, aux effets réducteurs, fixistes ou *essentialisants*. Il affirme qu'en « [c]ombattant la forte tendance (non seulement anthropologique) à la généralisation, de nombreux auteurs en anthropologie ont attiré notre attention sur les dangers de l'analyse culturelle : la projection (Wikan 1992), la taxonomie (Fabian 1983), l'effacement (Asad 1973), les stéréotypes (Powdermaker 1944) et le racialisme (Boas 1963) » qui peuvent en

résulter (White 2006 : 21). Une critique « sociale » des approches culturalistes prévient donc de nombreux dangers intrinsèques au fait de ne s'intéresser à des phénomènes sociaux qu'en termes culturels. Une telle explication unidimensionnelle occulte entre autres des considérations de pouvoir, de classe, de genre, de discrimination, etc. Cette critique vise à prévenir les risques de raccourcis, d'amalgames et de discrimination potentiels dus à la nomination des différences (Rouchon et al. 2006 ; Waldram 2004).

Il apparaît donc risqué d'utiliser la culture comme principe explicatif et surtout comme une variable indépendante dans l'évaluation des succès et des insuccès de la pratique médicale. L'explication ou l'analyse culturelle porte ainsi en elle le risque de devenir une boîte noire sujette à l'instrumentalisation (idéologique) (Del Vecchio Good et Seth Hannah 2015 ; De Plaen 2010). Cette critique est liée à une autre qui s'oppose à l'*institutionnalisation* ou bien la *routinisation* du concept de culture, qui réduit ou oblitère son aspect « variable, situationnel, dynamique et imbriqué dans une lutte pour le pouvoir » (Del Vecchio Good et Hannah 2014 : 208, ma traduction). Ces auteurs rappellent de ce fait l'impossibilité d'établir des frontières claires entre les groupes. Ainsi, à la lumière de cette critique, il apparaît ardu de développer des outils ou des protocoles standardisés qui ne réduiraient pas les différentes cultures des usagers (Waldram 2004). Ici encore, on retrouve la tension entre le développement de traitements adéquats pour tous et la prise en compte des spécificités de chaque groupe et de chaque trajectoire individuelle. D'autres auteurs rappellent l'importance de consacrer des efforts, non pas à développer chez les cliniciens une compétence culturelle adaptée aux groupes avec lesquels ils travaillent, mais plutôt de développer une approche centrée sur le processus (« process-oriented ») (Wendt et Gone 2011), sur le clinicien et sa pratique (Duran et Duran 1995) ou encore sur les structures de soin et leur potentiel discriminatoire (Metzl et Hansen 2014 ; Wendt et al. 2015).

La compréhension de la culture comme un processus (culturation, déculturation, enculturation, acculturation, transculturation, socialisation, etc.) pourrait ici se présenter comme une porte de sortie cette impasse en demeurant sensible au caractère dynamique du phénomène. Cette perspective s'oppose aussi à l'idée de structure issue notamment de Lévi-Strauss, et qui est jugée trop statique et parfois même connotée d'un jugement de valeur (Cuche 1996 : 64). Plusieurs s'entendent pour relever au moins trois influences principales du processus de culturation : universel, groupale et interindividuelle (Murray et Kluckhohn 1953). Le dernier

niveau d'analyse rappelle que l'identité, bien que façonnée par notre groupe et sa culture, constitue un mélange original et unique. C'est ce caractère fondamental de la critique constructiviste et de l'approche interactionniste qui permet de critiquer toute perspective fixiste (dont plusieurs travaux de l'anthropologie culturelle américaine sont teintés, notamment l'école culture et personnalité de Ruth Benedict par exemple) (Waldram 2004 ; Genest communication personnelle en parution). Or, si la vision constructiviste et processuelle de la culture résout des problèmes au plan conceptuel, elle rend la culture difficile à utiliser au plan clinique. J'évaluerai en prochaine section les difficultés d'opérationnaliser de la notion, car il s'agit d'une question centrale de ce mémoire qui reviendra en section ethnographique et analytique.

1.4.2 De la difficulté d'opérationnaliser le concept de culture pour la clinique

Dans le contexte de l'offre de services publics, la question de la prise en compte de la culture se présente comme une nécessité de plus en plus importante. Cette question fait l'objet d'une littérature de plus en plus abondante, sans toutefois que le défi ait été résolu. Je m'intéresse dans ce mémoire à la place et au rôle de la culture en contexte clinique, bien que des défis analogues persistent également dans l'ensemble des secteurs des services publics (éducation, politique, employabilité, etc.). Cette présentation ainsi qu'un nombre important d'articles suggèrent que, pour offrir un soin adéquat et équitable, il est impossible d'ignorer le rôle de la culture dans les consultations cliniques. Ces considérations sont motivées par une volonté de justice sociale et d'égalité face aux services publics, dont plusieurs auteurs retracent habituellement l'origine au mouvement pour les droits civiques aux États-Unis (Weinrach et Thomas 2004). Or, comme exposé brièvement ci-haut, le concept même de culture est éminemment complexe et difficile à définir. Pour les intérêts de ce mémoire, je focalise sur son intérêt en contexte de soins de la santé mentale. En citant Eagleton (2000), Kirmayer, Rousseau et Guzder proposent trois sens qu'on peut attribuer au concept :

(1) as a social matrix of every aspect of human biology and experience, (2) as the ways in which human groups or communities with a shared history and identity are distinguished from each other, and (3) as the cultivation of our collective creative capacities, expressed in large part by language but also through music, art, and other media (2015: 2).

Cette synthèse rappelle les trois niveaux de culture vulgarisés entre autres par Kluckhohn, Murray et Schneider (1953), Danielle Gratton (2009) et les auteurs du LABBRI : l'universel, le groupal, l'individuel. Cette lunette d'analyse s'intéresse aux moments de rencontre interculturelle, en maintenant une attention à ces trois niveaux, pour éviter de nombreux malentendus souvent à la source de conflits interculturels. Ces jeux d'échelle, très proches du complémentarisme de Devereux et de la pensée systémique de Bateson, sont contextuels et proposent d'évaluer quels éléments (bagages d'idéologies, de valeurs, de croyances, d'expériences, etc.) de la culture des acteurs sont opérants dans une situation précise (LABBRI).

L'ethnopsychiatre Marie-Rose Moro met aussi en garde à ne pas comprendre la culture comme un ensemble d'éléments auquel on adhère ou non, d'où l'accent qu'elle met dans ses travaux sur la notion de métissage⁴². Pour opérationnaliser le concept à des fins cliniques, cette autrice et d'autres ethnopsychiatres et intervenantes de la clinique du centre Georges Devereux suggèrent de parler des paramètres culturels fonctionnels qui regrouperaient : les représentations ontologiques, étiologiques et les logiques thérapeutiques (De Plaen 2006). Ils proposent aussi de l'entendre comme un ensemble qui comprend un processus continu de « construction et reconstruction, production et reproduction » (Moro 2006 ; Nathan 2000). Elle se positionne donc dans la lignée des idées de Devereux, certes, mais très proche de la pensée de Bateson.

Une perspective psychanalytique sur la culture, depuis Freud et Devereux, apparaît fort intéressante. Retenons, comme nous le propose la psychiatre Sylvaine De Plaen, les travaux marquants du psychiatre et psychanalyste Donald Winnicott selon qui « l'expérience culturelle » se vit comme un garant d'une bonne santé mentale (De Plaen 2006). Selon cette lunette d'analyse, la culture assure une continuité qui transcende l'individu, c.à.d. que l'individu contribue – ou a l'impression de contribuer - à un mouvement qui l'a précédé et qui lui survivra (continuité groupale et intergénérationnelle notamment). Elle constitue une manière de protéger la psyché et sert donc de « garant[e] essentiel[le] de la bonne santé mentale de l'individu et du groupe » (De Plaen 2006). Bien que les travaux de Winnicott soient orientés principalement envers la période développementale de l'enfant, ils illustrent l'effet important et parfois

⁴² La notion de métissage, popularisée par l'anthropologue, psychanalyste et ethnopsychiatre français François Laplantine, est davantage présente dans la littérature française, mais n'est pas cependant pas protégée de certaines critiques, notamment du projet idéologique qu'elle porte.

dévastateur qu'une expérience migratoire (ou coloniale donc) peut avoir sur la santé mentale et sur celle des enfants de migrant. Toujours selon De Plaen, Claude Lévi-Strauss a quant à lui proposé la notion d'efficacité symbolique d'éléments de la culture de l'individu qui permettraient de « remettre en ordre le chaos affectif » vécu par l'individu malade (Ibid.). Cela expliquerait certains phénomènes ou certaines stratégies de guérison qui sont souvent considérés de manière réductrice par la perspective scientifique biomédicale comme étant somatiques⁴³. Lévi-Strauss parle de la fonction symbolique de certains rituels ou d'autres phénomènes culturels qui créeraient un « sens du groupe qui vient informer et soutenir le sens individuel » ou codant « le rapport de l'être humain au monde et à lui-même » (Ibid.). Il me semble possible alors de comprendre en ce sens l'importance que prend la filiation familiale et groupale dans les travaux de Tobie Nathan, Marie-Rose Moro et dans les cliniques ethnopsychiatriques. Enfin, selon De Plaen, ces approches de la culture de Freud, de Winnicott et de Lévi-Strauss devraient constituer les trois pierres d'assise servant à l'élaboration d'une approche métissée des soins en santé mentale.

1.4.3 Concernant les cultures autochtones

Ainsi, les choses se précisent. 1) L'Autre amérindien, pour être autre, doit être à une certaine distance de Soi. S'il est trop près, s'il est trop loin, il disparaît. 2) Cette distance est celle qui permet à Soi de voir dans l'image de l'Autre l'inverse de lui-même. Dès que l'image de l'Autre se rapproche trop de celle que Soi a de lui-même, l'Autre n'est plus. 3) Pour que cette image ne s'approche pas trop de celle que Soi a de lui-même, il faut que le rapport d'altérité soit envisagé comme un rapport hiérarchique dans lequel à long terme l'Autre est obligatoirement inférieur (son séjour dans les sphères du dessus ne peut être qu'éphémère). 4) Pour maintenir cet Autre amérindien à bonne distance, et à la bonne hauteur relative, il suffit pour Soi d'ériger son propre système classificatoire en un système unique sans s'intéresser à ceux de l'Autre. S'il s'y intéresse, ce sera à titre documentaire et muséologique et ce sera une autre façon de renvoyer l'Autre aux marges de l'Histoire et de la société nationale.

- Sylvie Vincent,

De la nécessité des clôtures.

Réflexion libre sur la marginalisation des Amérindiens (1986)

Le magnifique article de réflexion de Sylvie Vincent cité ci-haut démontre comment les groupes autochtones servent de clôture dans la construction d'un *Soi identitaire* euroquébécois et euro canadien (1986)⁴⁴. L'anthropologue décrit la construction identitaire nationale via des procédés de différenciation (dichotomisation) et d'altérisation qui se réifient constamment,

⁴³ Inexpliqué par la biomédecine et qu'on attribue aux effets psycho-psychiques sur le corps.

⁴⁴ Cette vision rappelle la notion de frontière de Barth et Bateson.

notamment en créant une hiérarchisation entre le Soi-central et l'Autre marginal. Cette pionnière de l'anthropologie québécoise parle de marginalisation et d'internalisation de l'Autre comme « stratégie de survie » du Soi (Vincent 1986 : 81 ; Duran et Duran 1995). Cette position rappelle l'idée de Devereux, lorsqu'il parle du danger « de déformation exotique » qui guette les chercheurs sur le terrain. Ceux-ci sont naturellement menés à comparer leurs données en utilisant comme référence leurs « modèles de soi », c'est-à-dire leurs propres identité et culture (Devereux 1980). Ces « pièges d'exotismes » ou la construction de l'Autre par la recherche anthropologique, au travers de stratégies discursives et « d'écriture[s] qui créent des distances temporelles et géographiques entre l'Occident et les autres cultures du monde » est effectivement un sujet sur lequel beaucoup fut écrit (White en parution en parlant des travaux de Fabian). Pour Sylvie Vincent : « dans le cas des Amérindiens au moins, parce que sans eux, les Eurocanadiens et les Québécois "ne pourraient sentir leur être propre" ; parce qu'ils sont "ce à partir de quoi on existe", "la limite constitutive de la clôture" qui seule permet de définir sa propre identité. » (Vincent 1986).

Concernant spécifiquement la santé mentale des peuples autochtones, James B. Waldram, de l'Université de Saskatchewan, allie la psychologie et l'anthropologie. Il a présenté une revue de littérature critique rigoureuse de la recherche en santé mentale. Dans son ouvrage « The Revenge of the Windigo »⁴⁵ (2004), il remonte aux fondements épistémologiques de la recherche en anthropologie, en psychologie et en psychiatrie qui s'intéresse à la santé mentale des peuples autochtones d'Amérique du Nord. Il retrace les implications théoriques et idéologiques qui servirent de fondements aux premiers courants sur lesquelles les recherches se sont appuyées. De sa vaste critique, j'ai relevé quatre points saillants qu'il me semble important de considérer dans cette recherche. Le premier point est en lien avec la section précédente. Il s'agit de l'interprétation en termes culturels de psychopathologies ou de leur expression demande une extrême vigilance afin d'éviter plusieurs conséquences négatives possibles. L'utilisation de l'identifiant « autochtone » - une identité ethnoculturelle – occuperait une trop importante place dans la littérature scientifique et la couverture médiatique notamment. Il s'opèrerait alors un

⁴⁵ Le titre fait référence aux « culture-bond syndromes », une vaine tentative des sciences sociales à interpréter des troubles de santé mentale qui seraient propres à des groupes ethnoculturels spécifiques. Cette perspective illustre bien une compréhension qu'on pourrait même mettre en relation à la théorie des aires culturelles, démentie et critiquée en anthropologie il y a bien longtemps.

glissement de sens lors duquel l'appartenance à un groupe en viendrait à être considérée comme un facteur de risque en santé publique. Or, ce ne serait pas l'identité ethnoculturelle des individus qui occasionne des troubles de santé mentale, mais plutôt les conditions socio-économiques de ces groupes et d'autres effets des politiques coloniales. C'est dans cette optique que Waldram révèle comment on a longtemps compris les Autochtones qu'en regard de leur culture. Cette confusion d'échelle mènerait la psychologie et la psychiatrie à individualiser des problèmes sociaux. De plus, les modes d'expression de la souffrance psychique divergents du modèle occidental de somatisation (la norme) dérangeraient au moment d'adresser leurs troubles.

Deuxièmement, Waldram dénonce les efforts investis dans la recherche de profils ou de « core psychology » des populations autochtones, c'est-à-dire de traits dominants qui seraient associés à l'expression de certaines pathologies au sein de ces groupes précis. Selon l'auteur, ce genre d'approches servait entre autres à justifier une assimilation à la société dominante en valorisant certaines normes comportementales, son revers consistant à *pathologiser* une ses formes de déviance sociale ou culturelle. La recherche au sein de groupes autochtones aurait aussi été motivée par la volonté de répandre l'utilisation de certains tests et de confirmer l'universalité d'une approche psychologique « scientifique ». Dans un même ordre d'idée, il réitère l'impossibilité - tout comme l'exprimait Devereux - de cerner ou « maîtriser » les cultures autochtones, pour faciliter le travail du soin. Ce dernier constat renvoie directement au débat autour du projet insensé de la compétence culturelle et de l'appropriation maladroite du concept de culture par les disciplines médicales. Le caractère fini des listes de traits ou de « stratégies » à adopter avec les Autochtones est un exemple de tentatives aux effets essentialisant, qui renforcent ou génèrent des stéréotypes. Ce genre d'outils universalistes auraient été développés à plusieurs reprises. Ils sont pourtant voués à être désuets en raison des changements sociaux et de la variabilité inhérente à chaque groupe, d'autant plus qu'ils ne remettaient pas en cause l'empreinte culturelle occidentale profonde de nos schèmes de traitements (Wendt et Gone 2011).

Troisièmement, les oppositions entre les Autochtones et la société dominantes seraient toujours binaires⁴⁶. Les groupes sont alors dépeints comme homogènes par cet effet discursif,

⁴⁶ Par exemple, holisme vs dualisme/rationalisme cartésien ; Euro-descendants vs Autochtones ; anthropocentrisme vs cosmocentrisme. Vincent rappelle justement que toute société se définit en rapport à un Autre (1986).

qu'il soit utilisé consciemment ou non et la variabilité inter et intragroupe est occultée. En tombant dans ce piège, de nombreuses études cherchent une approche efficace qui devrait être privilégiée en contexte autochtone. En contrepartie, au sein de la société allochtone dominante, on valorise une diversité des approches thérapeutiques et des styles de thérapeutes, selon les troubles et selon les personnalités de chacun. Or, ce fut selon lui en raison d'un manque de financement et de personnel que des chercheurs s'intéressent à trouver une approche unique qui serait la plus efficace dans ces milieux.

Finalement, l'idée dangereuse d'acculturation des peuples autochtones, souvent utilisée pour expliquer l'occurrence de troubles de santé mentale, implique la perte d'éléments culturels. Elle contribue à la description des autochtones comme étant « pris entre deux mondes »⁴⁷ : l'un passé, traditionnel ; et l'autre présent, occidental. Il s'agit là d'une conception binaire qui évacue la possibilité d'un développement socio-économique différent, proprement autochtone, qui ne serait pas calqué sur des modèles occidentaux. Cette représentation implique aussi l'idée sous-jacente selon laquelle soit les Autochtones s'intègrent et participent à la société dominante et son système économique, soit ils conservent leurs traditions et demeurent figés dans le passé, marginaux, voire « sous-développés ». Transmettre cette vision peut aussi contribuer à présenter une intégration à la société dominante comme inévitable. En bref, Waldrum souligne les tensions entre les grandes variabilités inter-groupe aussi intragroupe et la recherche d'outils et de généralisations qui pourraient être pratiques aux cliniciens. La perspective de l'anthropologue de l'université de Saskatoon est donc davantage sociale et opposée à la fois à une conception monolithique de la « culture autochtone » et aux interprétations (abusivement) culturelles ou culturalisantes : « Hence, non-indians (usually white) are deemed to have social class, while indians have culture » (Waldrum 2004 : 251).

Waldrum a aussi soulevé deux dangers liés au discours sur le traumatisme historique des Autochtones (2013). D'une part, la littérature sur cette question pourrait avoir l'effet pervers de simplifier les réactions possibles des individus et des peuples face à l'adversité dont ils ont été

⁴⁷ Waldrum utilise l'expression « stuck between two worlds » dont il discute les implications problématiques. Il démontre la pertinence du concept de métissage, pour éviter la négation d'une influence profonde des contacts avec les euro-américains, comme si l'aspect autochtone de leur culture aurait été préservé intact, tel qu'il est institutionnalisé par le droit et la politique, et réifié par l'imaginaire populaire. Sinon, les individus deviendraient « moins autochtones » que ceux qui sont demeurés « traditionnels » (Waldrum 2004).

victimes à une seule dimension : le traumatisme historique. Ce discours exclurait d'autres réactions possiblement parfois plus positives ou résilientes (Waldram 2013 et 2014). Sans diminuer l'histoire des violences coloniales que les peuples autochtones ont vécues, il rappelle que de nombreux traumatismes peuvent être dus à des injustices (racisme, précarité socio-économique, etc.) qui sont contemporaines. D'autant plus que la colonisation qui afflige les Autochtones au Canada n'est pas finie. D'autre part, Waldram souligne les effets négatifs (quasi performatifs) que peut avoir le fait de dépeindre des peuples entiers comme étant traumatisés. Ce discours porterait un caractère fataliste et déresponsabilisant qui pourrait les réifier, voire les (re)créer. En bref, l'auteur présente des critiques dont il est essentiel de prendre acte lorsqu'on s'intéresse à la santé mentale en milieux autochtones. Par contre, il ne propose pas de solution claire au défi d'accorder une place à la culture dans le soin et nous laisse avec l'impression qu'on ne peut nommer la différence sans tomber dans un des pièges qu'il a admirablement identifiés.

Dans ce contexte, s'intéresser à la diversité des effets de la colonisation, particulièrement au plan psychique consiste peut-être en une voie intéressante. Lorsqu'il est question de contextes autochtones, ce n'est pas la culture en soit mais l'écart culturelle entre les acteurs de la rencontre et l'histoire des relations qui peuvent servir de facteur explicatif. Et cet écart est bien inscrit dans un contexte historique, social, politique et géographique plus large (Duran et Duran 1995). Les psychologues autochtones Edurado Duran et Bonnie Duran utilisent l'expression *acute and/or chronic reaction to colonialism* et celle de *soul wound* pour exprimer les difficultés psychiques vécues par des membres de groupes autochtones (Duran et al. 1998). Ils affirment que : «the effects of the genocide are quickly personalized and pathologized by our profession via the labelling and diagnosing tools designed for this purpose. [...] If the labeling and diagnosing process is to have any historical truth, it should incorporate a diagnostic category that reflects the effects of genocide. Such a diagnosis would be “*acute and/or chronic reaction to colonialism*” » (1995:6). Cette notion a l'intérêt à la fois d'englober un ensemble de facteurs, et de réhabiliter des considérations spirituelles au travail psychique.

1.5 Colonisation et santé mentale

The context of this inequality emerges with and through a distress in legacy of colonialism and is sustained by ineffective, inappropriate or under-funded programs or services for First Nations peoples in Canada. Thus, it is firmly believed that the ills and illnesses that have been reported here must be seen, at least in part, as

the direct and indirect present-day symptoms of a history of loss of lands and autonomy and the results of the political, cultural, economic and social disenfranchisement that ensued.

- N. Adelson 2005 : S59

Franz Fanon est un auteur incontournable de la critique postcoloniale et décoloniale. Il présentait en 1952 un regard précurseur sur les effets psychiques négatifs de la colonisation⁴⁸. Inspiré par son travail clinique en Afrique et des travaux d'Henri Collomb, il se positionne dans une perspective qui apparaît assez proche de celle de l'ethnopsychiatrie⁴⁹. Entre autres, Fanon critique la tendance occidentale à l'individualisation des maux psychiatriques, ce qui entraîne une (sur)responsabilisation des malades, voire une culpabilisation de la folie. Selon lui, une approche trop individualiste s'oppose à d'autres manières d'aborder les troubles de santé mentale qui « respectent l'homme [et la femme] normal qui existe malgré la maladie » (Razanajao et Postel 2007 : 168, mon ajout). Il postulait d'une dimension sociale et politique de la pathogenèse des troubles (Razanajao et Postel 2007 : 172). Malgré ses réflexions sur les effets psychiques de la colonisation et les « psychonévroses situationnelles et réactionnelles », selon Razanajao et Postel : « son objectif n'est pas une recherche théorique sur l'étiologie des maladies mentales ; [Fanon] vise surtout à apporter un argument supplémentaire à son entreprise de lutte contre le colonialisme et ses perversions. » (2007). Dans le même ordre d'idée, Cuche affirme qu'une « déstructuration [sociale et culturelle] sans restructuration possible entraîne une désorientation [...] des individus, qui se traduit par des pathologies mentales ou des conduites délinquantes » (Cuche 1996 : 65). Il évoque un « principe de coupure » avec son groupe et sa culture. Cela aurait un effet sur le psychisme et sur la personnalité en coinçant l'individu dans un dilemme entre la marginalité ou l'intégration au groupe dominant (Bateson 1970). Postulons que ce phénomène pourrait être accru en contexte colonial.

⁴⁸ Un chapitre des *Damnés de la terre* de Fanon expose d'ailleurs des troubles spécifiques engendrés par la guerre coloniale et affirmait avoir une perspective sociologique et psychiatrique des troubles mentaux, qu'on dirait aujourd'hui ethnopsychiatrique, selon Razanajao et Postel (2007).

⁴⁹ Concernant une clientèle interculturelle, par exemple, « Fanon [...] nous montre que le consultant nord-africain est réellement malade, mais qu'il déroute et irrite, car il ne donne pas la vraie réponse à la question posée ; [...] En fait, il souffre, dit Fanon, d'être un "homme mort quotidiennement", vivant dans un total sentiment d'insécurité, menacé dans son affectivité, son activité sociale, n'ayant aucun droit à une existence réelle » (Razanajao et Postel 2007 : 158). Vicary et Westerman (2004) affirment aussi, en contexte australien, que le nombre important de manifestations de troubles liés à la santé mentale s'expliqueraient par les expériences de racisme (quotidien, ordinaire ou institutionnel), de dépossession, d'oppression et d'inégalités sociales vécues ou perçues, de stress lié à la pauvreté et à la violence dans son environnement social, ainsi que la prise de substances psychotropes avec lesquels sont souvent aux prises quotidiennement les autochtones.

Concernant les contextes autochtones, Naomie Adelson parle de la nécessité pour les études en santé d'interpréter les situations de manière assez large (entendons systémique) pour « prendre en compte les individus et les communautés tout en portant attention aux questions systémiques de logements, d'eau, d'éducation, de développement, et d'exploitation de ressources naturelles. En plus, il faudrait considérer la valorisation et les perceptions sociales et culturelles de la santé. » (2005 : 59, ma traduction). Seulement une approche aussi complète permettrait de ne pas négliger un ensemble complexe et imbriqué de sources directes (taux d'emplois, éducation, logements, accès à des services) et indirectes (colonisation, violences épistémiques, racisme systémique, etc.) d'inégalité sociale qui ont un impact sur la santé des membres de ces communautés.

Au Canada, on sait maintenant que la prévalence accrue des troubles de santé mentale est intimement liée à la colonisation, son héritage et ses déclinaisons actuelles (Kirmayer et al. 2000 ; Brown 2001 ; Adelson 2005)⁵⁰. Je propose que les notions de modèle d'inconduite et de résistance, de même que celle de besoins négativistes pourraient être pertinentes pour adresser la question du lien entre colonisation et santé mentale dans les communautés autochtones nordiques du Québec (Devereux 1970 et 1972 ; Stevenson 2014). Cette expression apparaît proche de celle de « marqueurs identitaires meurtriers » que Bernard Roy, anthropologue et infirmier utilise pour désigner l'internalisation de comportements « à risques » comme réaction contestataire par des groupes colonisés, dans une logique souvent inconsciente de résistance identitaire (2005). Bien que les études de Bernard Roy portent sur l'insuccès des efforts de prévention de la santé publique concernant le diabète et la consommation d'alcool, il semble y avoir une ressemblance entre les résultats des travaux de Roy et l'hypothèse de Devereux concernant la santé mentale et la révolte par la désorganisation.

Les chercheurs de l'université de Victoria Michel J. Chandler et Christopher E. Lalonde (2004 ; 2008 et 2013) sont à l'origine d'une série d'articles sur un concept de *continuité culturelle*, en partant du constat d'une distribution inégale dans la distribution des taux de suicide entre les communautés autochtones (un ratio de 90-10)⁵¹. Pour bien comprendre le phénomène

⁵⁰Pour le contexte australien qui comporte de nombreuses correspondances, voir à ce propos Vicary et Westerman (2004).

⁵¹ Chandler et Lalonde critiquent l'utilisation du terme « épidémie » pour parler de la crise de suicide avec laquelle sont aux prises certaines communautés. En effet, ils en démontrent le caractère politique et structurel.

et mieux discerner ce qu'ils entendent par continuité culturelle, ils ont contrôlé dans de nombreuses communautés les facteurs suivant : l'autonomie gouvernementale ; la propriété territoriale ; le contrôle de l'éducation et de la santé par la nation ; la présence d'institutions culturelles ; la gestion autonome de la police et des pompiers ; la présence de femmes au gouvernement ; un contrôle sur les services de protection de la jeunesse. Leurs statistiques démontrent très bien l'incidence de ces facteurs sur l'occurrence de suicides dans des groupes autochtones (2004). Ils lient le suicide à l'infantilisation et la *subjectivisation* des peuples autochtones. Suite à cette démonstration rigoureuse, la protection de leur culture par un contrôle sur leur vie civique et une certaine autonomie gouvernementale se présente comme une solution à des enjeux de santé publique et particulièrement le suicide. On comprend que ces auteurs ont établi un équivalent au plan collectif du concept de « continuité du soi » élaboré en psychologie, c'est-à-dire au plan individuel. Ils comprennent la continuité culturelle comme étant la capacité pour un individu ou une société de se projeter dans l'avenir et d'avoir une incidence sur celui-ci. Ils promeuvent aussi les échanges horizontaux de pratiques et de connaissances entre les communautés comme une première piste de solution, au lieu que tout ne passe par Ottawa ou que les idées de solutions ne proviennent de la communauté scientifique.

En définitive, les perspectives qu'empruntent Chandler et Lalonde semblent associables aux théories de Freud, Devereux et Winnicott concernant l'importance du sentiment d'unité de soi. L'idée de leur équivalent au plan collectif lie directement l'autonomie territoriale ou gouvernementale à la santé (Roy 2011)⁵². Ainsi, des soins importés sans modification courent le risque de reproduire des dynamiques de pouvoir (Ibid.), d'être un vecteur de colonisation (Summerfield 2008) et d'avoir plus des conséquences négatives que positives (Wendt et Gone 2011) ou simplement d'être inefficaces, voire ignorés ou boudés par certains membres du groupe (Brown 2001).

⁵² Dans cette perspective, une thèse de doctorat auprès de groupes défavorisés et marginalisés propose par une étude empirique le lien entre le sentiment d'identité au plan culturel et collectif (appelé en anglais « cultural identity clarity ») et l'autodéfinition du soi, l'estime personnelle, et le bien-être psychologique général, notamment lors d'interactions sociales (Usborne 2009). L'auteure conclut que le fait d'avoir une confiance et une haute estime de son propre groupe est associée aux mêmes sentiment envers soi-même (2009).

1.5.1 Décoloniser la santé mentale

Il existe de nombreuses critiques postcoloniales et marxistes des disciplines psy-, qui rappellent qu'elles ne peuvent être séparées du contexte mondial de (néo)colonisation ou et qu'elles portent en elles un potentiel colonisateur en ce qu'elle nie la pertinence des connaissances et des pratiques locales ou autochtones (Dudgeon et Walker 2015). Adams et al.. (2015) évoquent la pertinence d'une *psychologie de la libération*, inspirée à la fois de la théologie de la libération⁵³ et de la « psychologie culturelle et transculturelle » qui constituent deux tentatives de décolonisation de la discipline. Les auteurs présentent leur orientation comme étant « an indentity-conscious body of knowledge that emerges from local understandings and associated everyday realities that reflect the ongoing legacy of colonial violence » (2015 : 216). Ils ont identifié trois défis à relever : 1) dé-idéologiser la psychologie et les institutions de productions des savoirs ; 2) réhabiliter la mémoire historique des groupes colonisés ; 3) valoriser des perspectives qui sont présentement marginales dans le domaine. Ces critiques concernent à la fois la recherche en psychologie et le travail d'intervention. Ils retiennent des influences de critiques provenant des champs des études africaines, féministes et postcoloniales sensibles aux questions de pouvoir qui ne peuvent être occultées des traitements. Ils contestent d'emblée la conception convenue en psychologie de la neutralité du thérapeute, dans une vaine ambition de la discipline de demeurer apolitique. À l'instar de Devereux (1970), Canguilhem (1966) et Foucault (Corin 1993), ils s'opposent au caractère normatif et colonial des critères de normalité et d'anormalité lorsque ceux-ci sont importés dans d'autres milieux coloniaux. Inspirés du contexte autochtone australien, Dudgeon et Walker (2015) parlent également de l'importance de réintégrer une perspective collectiviste à la psychologie. Ils proposent l'expression *social and emotional wellbeing* (SEWB) afin d'éviter l'usage d'une conception restreinte de ce qu'est la santé mentale. Ils soulignent trois absences des considérations scientifiques, pourtant déterminantes à la santé dans les communautés où ils travaillent : l'identité, la parenté et le territoire. Comprendre la santé d'un point de vue holistique serait donc pour eux la première étape du chemin vers une décolonisation. Ils dénombrent sept domaines clés à considérer : le corps ; la conscience et les émotions ; la famille et la parenté ; la communauté ; la culture ; le

⁵³ Courant de pensée d'Amérique centrale popularisé par Martin-Baro.

territoire et le pays ; les esprits et les ancêtres (ordre spirituel)⁵⁴. En résumé, ces courants critiquent la prétention universelle des sciences psychologiques et psychiatriques, alors qu'elles sont empreintes de conceptions et de présomptions occidentales. Ils enjoignent alors la recherche à « dénaturiser » les connaissances conventionnelles et les standards en santé (mentale).

1.5.2 Approches postcoloniales ou intégrées

Rather, our purpose is to look deeper in the multidimensional nature of mental health for fresh perspectives and empowering intervention, instead of privileging a universalistic scientific discourse over the voice of subjects.

- Duran et Duran 1995 : 27

Le rapport de la Commission Royale d'Enquête sur les peuples autochtones ou *Erasmus-Dussault* postulait déjà en 1993 de la nécessité d'une approche combinée pour ne pas tomber dans les pièges d'une « explication culturelle » simpliste des difficultés vécues par les peuples autochtones. Au plan méthodologique, cette combinaison pourrait se situer au carrefour des approches ethnographique et épidémiologique. En 2000, Lawrence Kirmayer publiait un article de réflexion quant au développement futur d'une pratique mieux adaptée aux contextes autochtones. Il formule une série de recommandations que Petchkovsky, San Roque et Beskow (2003) rapportent ainsi :

Holds family and community rather than individualistic focus; supports Aboriginal self-direction; takes a culturally congruent concept of the person which includes spiritual and ecological dimensions; holds cognizance of the disastrous impact of dispossession, racism and exclusion; and values the therapeutic thrust of a viable culture and connection with land. (2003 : 211).

À ma connaissance, peu d'études ont porté leur intérêt précisément sur la pratique du soin, alors que beaucoup se concentrent sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être⁵⁵ ou sur les étiologies. Selon Joseph P. Gone, l'étude d'« approches intégrées » du soin ou métissées par des approches traditionnelles autochtones de guérison représenterait un angle mort de la recherche (2009). En psychologie, Eduardo et Bonnie Duran en présentent un rare exemple. Dans leur ouvrage *Native American Postcolonial Psychology* (1995), ils abordent quelques lieux d'achoppement qui peuvent subvenir lors de psychothérapies avec une clientèle⁵⁶ autochtone.

⁵⁴ Sur ce dernier point, voir aussi Gee et al. 2014.

⁵⁵ L'édition de la revue scientifique « Transcultural Psychiatry » de février 2014 porte d'ailleurs spécifiquement sur cette question. Voici une énumération des sujets les plus récurrents du moteur de recherche de la revue (*Native, indigenous* et *aboriginal*) : suicide, résilience (associée souvent à la jeunesse), consommation d'alcool et d'autres psychotropes, traumatismes historiques et guérison traditionnelle.

⁵⁶ Clients et patients seront entendus comme synonymes tout au long du texte.

Influencés par Fanon, ils critiquent l'hégémonie occidentale sur le savoir et sur le soin. Ils tentent de démontrer que des différentes visions du monde découlent différents savoirs et différentes étiologies. Entre autres, les auteurs proposent que les différentes conceptions du temps (linéaire ou circulaire par exemple) et de l'espace, découlant de cosmologies autochtones, occupe une grande importance en thérapie et peut être source de conflit. Duran, Duran et Gone s'inspirent de leurs propres expériences et de leur position privilégiée de psychologues autochtones. Ils proposent d'opter pour une compréhension holistique de la santé qui privilégie la recherche de l'harmonie et d'un équilibre qui serait en accord avec une conception de la santé issue d'une perspective cosmocentrique du monde. Cette affirmation trouve écho dans les théories de Carlo Sterlin (2006). Duran et Duran s'efforcent aussi de réhabiliter une dimension spirituelle aux traitements, beaucoup moins reconnue ni valorisée par la pratique psychologique occidentale.

Joepe P. Gone, psychologue professeur à l'Université Harvard et originaire de la nation Gros Ventre (Montana, États-Unis), compare l'épistémologie scientifique à la base de l'approche psycho-psychiatrique aux traitements issus du monde autochtone (2009). Il se questionne à savoir si les différentes méthodes ne seraient pas fondées sur des épistémologies incompatibles ?⁵⁷ Selon lui, il existerait des divergences paradigmatiques à au moins trois niveaux : sur le plan de la sacralité et qui s'oppose à la sécularité des savoirs ; la rationalité, opposée à la mysticité des approches ; et des méthodes de guérison techniques différentes des méthodes relationnelles (influence). L'approche occidentale repose sur l'héritage occidental de la tradition des Lumières dont la dualité cartésienne corps-esprit est centrale. C'est cet héritage qui se trouve au cœur de la confrontation. Il est fondamentalement naturaliste, matérialiste et implique une idéologie positiviste selon laquelle les techniques évoluent dans un temps linéaire. L'approche dite « traditionnelle » est plutôt fondée sur des savoirs révélés ou transmis ou associés à une puissance supérieure. Or, Gone affirme que tout type de soin associé à la psyché, qu'il soit occidental ou traditionnel autochtone, est constitué d'un mélange de mythes et de rituels. C'est-à-dire qu'il doit suivre un cadre et un protocole bien défini. Un autre point de convergence entre les deux types de soin psychique concerne la relation *patient-guérisseur* et les aspects relationnels, rhétoriques, voir herméneutiques de l'efficacité thérapeutique (pour plus d'information sur ce

⁵⁷ Si des auteurs semblent vouloir rapprocher les méthodes, de nombreux autres les distancieraient en les présentant comme incompatibles, une perspective que Gone qualifie d'un cliché de la littérature scientifique (2009).

point, il nous réfère à Frank et Frank 1991). La différence, dans la relation, se résume à la tension entre la technicité et rationalité d'une part, et les pouvoirs réputés acquis de l'autre. Cette comparaison sert au chercheur à réfléchir sur la possibilité d'intégrer ces deux types d'approches dans le but de développer une thérapie plus adéquate à la clientèle autochtone.

Nuançons en rappelant que les exemples d'intervention mobilisés par ces auteurs sont proférés par des gens Autochtones. Il apparaît difficile d'évaluer la manière dont des intervenantes psy non autochtones pourraient s'y prendre pour intégrer des connaissances traditionnelles sans risque d'appropriation perçues de manière déplacées, voire colonisatrices. Sur la question des traitements traditionnels en contexte autochtone, il est crucial d'avoir une sensibilité à quelques enjeux éthiques et politiques, notamment :

- L'interdiction légale de les pratiquer du siècle dernier a mené à la disparition de certaines pratiques, alors que d'autres se sont revitalisées sous une nouvelle forme. Cela rappelle l'importance d'avoir une perspective constructiviste et une conception dynamique des traditions (Leslie 2002).
- L'appropriation de certaines approches dites « traditionnelles » par le mouvement « new-age », la culture populaire ou à des fins touristiques et commerciales et par la recherche universitaire, ce qui occasionne une méfiance de plusieurs communautés autochtones à diffuser, documenter ou promouvoir leurs pratiques (Tuhiwai Smith 2012).
- Les tensions intracommunautaires quant à l'attitude à avoir à l'égard des pratiques traditionnelles en raison notamment des différentes croyances religieuses (catholiques, pentecôtiste, évangéliques, spiritualisme, etc.) et entre modernes et traditionnels (Bousquet 2012b, Gélinas 2013).
- Les implications politiques liées à l'affirmation de tradition, dans le cadre de revendications sociales, territoriales et identitaires notamment (Bousquet 2012b).

En surcroît, l'adaptation des thérapies par l'intégration en leur sein d'éléments traditionnels soulève des défis d'ordre paradigmatiques et esthétiques. D'une part, on conçoit habituellement les thérapies en termes de travail rémunéré ayant une efficacité attendue, alors que, dans le cadre de rituels de guérison traditionnels, celle-ci serait souvent difficile à démontrer empiriquement ou serait même peut-être impossible à évaluer en termes de données statistiques probantes dans

le cas de traitements « traditionnels » (Waldrum 2000b et 2004 ; Gone 2009). Les approches thérapeutiques traditionnelles ne peuvent donc être conciliées aisément avec une conception biomédicale d'efficacité-rentabilité. D'autre part, des approches intégrées comme celle développée par Duran et Duran courent le risque de devenir « trop culturelle » pour être généralisées et enseignées rigoureusement. En trouvant ici écho à la critique de Waldrum, il existe peut-être une trop grande variabilité entre les groupes autochtones pour y développer une approche intégrée qui soit généralisable. Duran et Duran, et Gone évoquent toutefois une piste de solution : un bricolage spirituel assumé menant à l'invention de nouvelles traditions. Ce concept de bricolage situationnel (Lévi-Strauss 1949 ; Duran et Duran 1995 ; Marthelot, 2012) résume bien cette injonction imposée aux cliniciens qui travaillent en contextes interculturels. Il rappelle aussi à la fois l'agentivité du patient, c'est-à-dire sa capacité à mobiliser différents éléments de son identité en fonction de la situation et d'y puiser simultanément des influences au sein de différents registres ou de différents systèmes médicaux.

Trois stratégies sont envisageables concernant l'adaptation des soins : 1) faciliter ou augmenter l'accès à des formes de traitements traditionnels ; 2) pratiquer une forme de psychothérapie qui est signifiante, c.à.d. qui résonne dans le contexte culturel ; 3) intégrer des méthodes de guérison traditionnelles aux modèles psychothérapeutiques pour une reconstruction de l'effort thérapeutique et faciliter la création d'une alliance thérapeutique.

1.6 Conclusion

Ce chapitre atteste du grand nombre d'études s'étant intéressées au défi de comprendre le rôle de la culture dans l'émergence de troubles de santé mentale et dans leurs traitements. On en comprend que la question demeure entière. D'une part, face à la multiplicité des perspectives sur ce sujet, j'ai tenté un rapprochement entre l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle, car il s'agit de deux traditions qui s'intéressent à des questions similaires. Ce cadre conceptuel consacre une grande attention aux travaux de Georges Devereux, car j'interroge dans cette étude les éléments de l'ethnopsychiatrie qui seraient analogues au travail des intervenantes dans les communautés autochtones nordiques. En outre, puisque je m'intéresse à des services offerts aux Autochtones, il importe de bien saisir les enjeux épistémiques et leurs dangers particuliers à ce contexte. Il faudra aussi s'efforcer de ne pas les reproduire tout au long du texte. On constate

aussi dans ce chapitre l'existence d'une grande littérature sur la décolonisation de la santé mentale dont il est essentiel de prendre acte. Un intérêt de cette critique est qu'elle a été formulée par des auteurs issus des milieux colonisés et qui s'efforcent de faire valoir des perspectives qui ont longtemps été marginalisées dans les milieux académique et sanitaires.

CHAPITRE 2

Contexte à l'étude : considération éthiques, épistémologiques et méthodologiques

Une fois établi le système classificatoire dans lequel Soi et l'Autre entretiennent ce rapport hiérarchique, il faut esquisser le contour de l'Autre et, si possible, le maintenir à l'intérieur d'une définition facilement contrôlable.

Pour cela on le passera au processus de l'étiquetage, on le tiendra sous la férule de l'image globale, de la catégorisation simple, de la compatibilité, du recensement, de la liste en colonnes par deux. Ainsi on parlera souvent dans les manuels, les romans et les journaux des 'indiens' ou des « Amérindiens » ou des « autochtones » sans tenir compte des spécificités nationales, locales, linguistiques, culturelles, etc. Sous cette étiquette générale, on en collera de plus particulières que l'on tendra à ranger en lignes droites quitte à forcer un peu la « réalité ».

- Sylvie Vincent (1986)

Ma recherche concerne des soins promulgués dans des communautés autochtones du Moyen et Grand-Nord du Québec éloignées des centres urbains et hospitaliers. Ces communautés sont associées aux premières nations Atikamekw et Cris et aux Inuit. Premièrement, les trois communautés Atikamekw regroupent environ 6 300 membres, au sein de trois réserves : Manawan (région de Lanaudière), Obedjiwan (Réservoir Gouin, en Haute-Mauricie), et Wemotaci (haute Mauricie, au nord-ouest de La Tuque). Bien que ces villages ne soient pas toutes considérés comme étant nordiques, leur accessibilité par les routes depuis les centres urbains est suffisamment difficile pour qu'elles soient desservies par des intervenantes itinérantes. Deuxièmement, la région du Nord-du-Québec regroupe environ 15 000 Cris répartis dans neuf communautés distinctes ; cinq sont situées le long du littoral de la baie James (Waskaganish, Eastmain, Wemindji, Chisasibi et Whapmagoostui) et quatre autres se trouvent à l'intérieur des terres (Mistissini, Nemaska, Oujé-Bougoumou, Waswanipi) (Site officiel du Gouvernement du Québec 2015). Troisièmement, le Nunavik débute à partir du 55^{ième} parallèle et est également considéré comme faisant partie du Nord-du-Québec. Il englobe 14 villages inuit, totalisant 11 300 habitants, répartis sur les côtes de la Baie d'Hudson à l'Ouest, du détroit d'Hudson au Nord et de la baie d'Ungava à l'Est (Site officiel du Gouvernement du Québec 2015).

En raison de la nature hautement sensible des enjeux de santé mentale, de même que la petite démographie de certaines des communautés dont il est question dans ce mémoire, la confidentialité dans cette recherche des informatrices et des lieux constitue une nécessité éthique

primordiale. Elle sert à éviter toute répercussion possible envers les participantes à la recherche, et nous assure qu'aucune personne impliquée dans les exemples cliniques ne soit reconnaissable. Ainsi, les communautés dont il sera question seront indifférenciées tout au long de l'analyse. En outre, la nature politique et conflictuelle des relations entre l'État canadien et les groupes autochtones de son territoire justifie également la confidentialité. Cela ne se fera toutefois pas sans des pertes importantes en exactitude, donnant peut-être parfois l'impression que j'ai ignoré les différences sociales et culturelles profondes entre les différents groupes. Il serait autrement important de ne pas confondre les Premières Nations et les Inuit⁵⁸ par exemple, puisque ces catégories réfèrent à des univers culturels, sociopolitiques, historiques et géographiques distincts, ainsi qu'à des statuts juridiques distincts. Précisément, les communautés et les nations sont ancrées dans des contextes bien distincts et n'ont pas toutes vécu la colonisation de la même manière ni à la même époque. De nombreuses différences culturelles existent également entre les communautés d'une même nation. Par exemple, on départage habituellement les villages cri des terres (*Inlands* en anglais) des villages côtiers, dont les activités de subsistance variaient beaucoup et d'où a découlé de nombreuses différences aux plans de la structure sociale, de l'organisation des groupes et des cultures plus généralement (référence ; affirmé par une informatrice psychothérapeute). Cependant, toutes ces communautés sont englobées par l'appellation autochtone qui sera discutée en prochaine sous-section.

2.1 L'identification autochtone

L'image de l'Amérindien a changé depuis 15 ans. À la limite sans doute est-il secondaire de connaître les nouvelles images sinon pour prendre la mesure des nouvelles présentations que nous nous donnons de nous-mêmes.

- Sylvie Vincent (1986)

L'identité ethnoculturelle autochtone est chargée d'implications politiques. En plus d'être liées à un statut civique et juridique particulier, les identités autochtones sont associées à des injustices sociales historiques et actuelles et à diverses formes de racisme et de discrimination systémique (Cotton 2008 ; Salée 2005 ; Leyland et al. 2016). Dans la recherche universitaire aussi, la terminologie peut devenir un vecteur de domination, d'oppression, ou réifier une

⁵⁸ Pour le présent mémoire, je conjuguerai l'ethnonyme tel que le prescrivent les règles de la langue vernaculaire : un inuk, des inuit.

situation d'injustice (Spivak 1988 ; Alcoff 1992 ; Tiuwai Smith 2012). Dans la représentation des groupes, il existe aussi des risques potentiels de ce que la critique des études subalternes a nommé des « injustices ou violences épistémiques et épistémologiques », en raison d'une inégalité d'accès de différents groupes aux ressources épistémiques mobilisables pour construire son discours. Le rapport entre des chercheurs et des populations régulièrement étudiées et souvent vulnérables telles que les populations autochtones, constitue un exemple de ce genre d'injustice épistémique (Alcoff 1992 ; Tuhiwai Smith 2012). Il importe alors d'en être conscient lorsqu'on étudie des questions qui concernent les Autochtones, et particulièrement des enjeux de santé mentale. Il est important de clarifier ce qui est entendu par l'appellation autochtone et particulièrement lorsqu'on ne provient pas de ces milieux. Cette étape est essentielle à un effort d'éviter au plus possible la production d'injustice ou de violences épistémiques, étant donné qu'il s'agit de populations déjà sujettes à de nombreux stéréotypes et à des étiquettes défavorables (Spivak 1988 ; Alcoff 1992).

L'appellation autochtone est devenue un terme constitutionnel en 1982. Il a été « créé » par le gouvernement canadien pour désigner les Premières Nations, les Métis et les Inuit, c'est-à-dire les premiers peuples à avoir habité le territoire (Kiera et Orsini, 2004). La Loi sur les Indiens et l'appareil juridique étatique fige l'identité autochtone et en transmet une conception génétique, bioraciale et homogène. Cette vision est profondément incompatible avec une compréhension constructiviste des appartenances et des cultures, tel qu'il est généralement admis en science sociale et en anthropologie en particulier. Étant donné qu'il s'agit d'un statut juridique, l'appartenance aux groupes - soit l'identité - est règlementée par des calculs de descendance. Cette situation explique pourquoi, aux yeux de la loi, c'est le « degré de sang indien » qui détermine pour les Premières Nations si un individu pourra être inscrit au « registre des Indiens » du Canada. Dans le cas des Inuit, un membre doit être reconnu par une « organisation inuite de revendication territoriale », pour ainsi bénéficier du statut autochtone, associé à des droits et des services distincts de ceux de la population canadienne allochtone (Grammond 2010 ; Canada, site officiel, 2018).

Par ailleurs, de nombreuses critiques mettent en garde contre une utilisation abusive de l'étiquette autochtone comme facteur explicatif (Vincent 1986 ; Waldram 2004). Cette « analyse culturelle », déjà évoquée en sections précédentes, constituerait une erreur qui hanterait une

grande partie de la littérature scientifique concernant des populations *exotisées*. Cela ouvre notamment la porte à des généralisations abusives et à la création de stéréotypes (White 2006). Ce constat épistémologique persiste malgré la critique constructiviste et sociopolitique qui a très tôt souligné les pièges liés au fait de présenter des nations (autochtones en occurrence) comme une catégorie ou un tout homogène ou monolithique (Duran et Duran 1995 ; Chandler et Lalonde 2013). Il s'agit en contexte colonial de surcroît, de groupes qui ont récemment subi d'importants changements sociaux, résultant en des tensions intragroupes qui ont été documentées (Bjerregard, 2006 ; Gélinas 2013 ; Hicks et Kral et al. 2011). Ainsi, dans le contexte de santé mentale, parler d'une « conception autochtone de la santé » ou bien de « la santé mentale des autochtones » ne peut se faire sans des pertes importantes et sans faille épistémologique. Ce genre d'approche macro aussi transmise par la perspective statistique est tout de même encore régulièrement adopté dans nombre d'études sur la santé mentale de peuples autochtones (Chandler et Lalonde 2013 ; Waldram 2004 ; Gracey et King 2009).

Il est important d'explicitier les a priori épistémologiques de nos modèles, pour mieux en reconnaître leurs limites. Ce processus commence par une interrogation continue du degré de généralisation possible de nos études et les tensions entre convergences pan-autochtones et particularismes locaux. En outre, la nuance dans la conception des identités et des cultures ne soit pas seulement évoquée en entrée de texte, sans qu'elle ne se traduise dans les méthodologies, les analyses ou les conclusions des recherches. De plus, plusieurs statistiques et rapports de santé publique sembleraient affectés par des généralisations non-constructives (Kirmayer et al. 2000 ; Chandler et Lalonde 2013). Ce constat semble prégnant dans les études des disciplines d'intervention (psychiatrie, psychologie, science infirmière, travail social, etc.) qui s'efforcent de développer des outils concrets et applicables par des tentatives - bien intentionnées certes, mais maladroites - d'accommoder leur pratique à des populations aux diverses traditions et systèmes médicaux (De Plaen 2006 et 2010). Tout-e chercheur-se se retrouvent alors face à un dilemme : malgré le fait qu'il ne faut pas inférer des conclusions trop larges ou générales des résultats de nos recherches, nous tentons tout de même de tirer des conclusions générales de nos données. Quelques stratégies ont été proposées pour sortir de cette impasse. La sociologue Sarah Demart parle d'un « double mouvement de pensée qui navigue entre les deux écueils du

contextualisme (réduire le sens et la portée d'une idée à son lieu d'énonciation) et du neutralisme (faire comme si les idées étaient « pures »). » (2016).

En contexte colonial, la différence culturelle des Autochtones en rapport à la norme occidentale et dominatrice a été utilisée pour justifier la colonisation. Les atrocités du colonialisme occupent une grande importance dans l'histoire de ces peuples et encore aujourd'hui. Elles ne peuvent donc être ignorées en contexte de soin et en contexte de rencontre interculturelle. La colonisation a engendré de grandes inégalités socio-économiques et fragilisé ces peuples dans toutes les dimensions de la vie. Il apparaît donc que des approches sociales et culturelles devraient être complémentaires pour comprendre des phénomènes de santé. Il se mélange à la fois, dans les rencontres thérapeutiques, les horizons culturels distincts, porteurs d'épistémologies et de cosmologies différentes, c'est-à-dire, en trame de fond de la rencontre, un bagage historique, juridique, socio-économique et politique de grandes violences et d'injustices sociales. Enfin, bien qu'il n'existe pas de « croyances culturelles » qui pourraient être généralisées à l'ensemble de l'Amérique du Nord, certaines convergences liées à l'expérience de la colonisation auraient mené à l'émergence d'une spiritualité pan-indienne ou pan-autochtone, ou de ce qui fut appelé une « red path ».

2.1.1 Pan-indianisme : généralisation et particularisme en tension

Il se serait également développé une identité panindienne au travers d'échanges, d'alliances et par une convergence des luttes politiques, territoriales et environnementales entre les différents groupes autochtones autant au plan national et international (Clouthard 2014 ; Bousquet 2011). Ce qui est entendu désormais par pan-indianisme ou pan-autochtonisme désigne notamment des activités spirituelles dites traditionnelles, souvent issues d'échanges interculturels entre groupes autochtones. Certains auteurs rappellent que ce mouvement n'a pas émergé sans causer de tensions internes et externes aux groupes concernés (Gélinas 2013). Ces activités sont également motivées par des enjeux politiques d'affirmation et de revitalisation de pratiques disparues, historiquement dévalorisées ou interdites par la colonisation⁵⁹. Elles

⁵⁹ Entre 1884 et 1951, l'article 3 de *l'acte des sauvages*, devenu *la loi sur les indiens*, interdisait la tenue de potlachs, danses et autres activités rituelles et cérémonielles traditionnelles (Leslie 2002). Ainsi, les mouvements de revitalisation de pratiques sont intimement liés à des contestations d'ordre politique. Aussi, au fil d'échanges interculturels et d'inter-influences, ces pratiques ont évidemment été l'objets de modifications, sans pour autant perdre leur caractère dit « traditionnel ».

représenteraient alors une reprise symbolique de contrôle par les groupes. Ce mouvement met bien en lumière une distinction dans la compréhension populaire ou commune des concepts de tradition (activités anciennes et préservées intactes), par rapport à une compréhension davantage constructiviste de cette notion issue des sciences sociales (Bousquet et Crépeau 2012). Plusieurs de ces pratiques rituelles pan-autochtones sont impliquées dans des processus thérapeutiques au sein de certaines communautés, parfois même intégrées aux centres de santé, autres centres de guérison communautaire ou désintoxication. Ils ont ainsi à la fois une dimension thérapeutique (au plan individuel ou collectif) et politique (Waldrum 2004 ; Bousquet 2005 ; Desautniers-Turgeon 2011).

Une certaine convergence historique et culturelle surtout liée à la colonisation (entendons entre autres infériorisation, déracinement, dépossession et discrimination, etc.) pourrait aussi permettre une utilisation d'une conception englobante de l'autochtonie, bien qu'il faille l'utiliser avec parcimonie. Il faut se garder de présenter celle-ci comme étant monolithique (Duran et Duran 1995). C'est en ce sens que l'auteur et psychologue Ashis Nandy perçoit le phénomène même de colonisation « as a shared culture » (citée dans Tuhiwai Smith 2012 : 47). Celle-ci se traduit notamment par des conditions de vie semblables d'un groupe à l'autre et l'expérience du racisme et d'une marginalisation sociale et économique toujours actualisée par la loi sur les Indiens qui est toujours en vigueur au Canada (Salé 2005). Cette situation générale transcenderait jusqu'à un certain degré la variabilité entre les différents peuples autochtones, ce qui explique en partie des correspondances statistiques sur le plan de leur santé (et santé mentale) (pour une revue des effets dévastateurs de la colonisation, voir Kirmayer et al. 2000 ; Gracey et King 2009 ; King, Smith et Gracey 2009).

Par ailleurs, il se produit une grande quantité d'études provenant du Canada, des États-Unis, des Nouvelle-Zélande et d'Australie, quatre ex-colonies anglaises qui ont colonisé et minorisé des peuples autochtones sur leurs territoires. Peut-être serait-il possible d'établir les points de convergences entre la situation des groupes autochtones de ces quatre pays, bien que les situations des groupes soient diverses, d'un pays à l'autre et au sein de chaque pays. Il convient encore ici de contester le degré de *généralité* ou la possibilité de comparer des études effectuées dans ces différents contextes. Par exemple, et tel que nous le verrons dans les prochaines sections, l'occurrence statistique de certains troubles liés à la santé mentale tel que

le taux de mortalité et l'espérance de vie, le suicide, l'alcoolisme, la toxicomanie et le diabète seraient très analogues dans ces trois contextes où la colonisation s'est déployée de manière analogue (Armitage 1995 ; Gracey et King 2009).

2.2 Politique canadienne et les Autochtones⁶⁰

Concernant plus spécifiquement le contexte canadien, depuis les fondements de la confédération, toutes les politiques et les services publics promulgués aux Autochtones inscrits sont de compétence fédérale. Le gouvernement fédéral, à l'origine des politiques coloniales, a juridiquement une responsabilité de fiduciaire envers les Autochtones de son territoire, notamment en ce qui concerne les soins de santé. Par contre, des traités modernes négociés et signés avec certaines nations tels que la Convention de la Baie-James-et-du-Nord-du-Québec, entente avec les Cris et Inuit, ont concédé la gestion de cette compétence à des instances autochtones autonomes. Malgré une politique de transfert de la gestion de services vers les communautés, les villages, établissements et réserves autochtones demeurent dans une situation de dépendance envers le gouvernement central, dans un rapport inégalitaire (Adelson 2005). Le gouvernement fédéral rembourse aussi les services pourvus par les provinces et autres instances. Cette situation politique explique aussi pourquoi le gouvernement central représente le principal interlocuteur des revendications autochtones.

La loi sur les Indiens n'accorde pas les mêmes droits aux Autochtones, en matière de services de santé, qu'aux autres citoyens canadiens. On nomme *services de santé non assurés* (SSNA) le troisième programme de santé fourni par Santé Canada qui s'adresse spécifiquement aux Premières Nations, Métis et Inuit⁶¹. Celui-ci couvre les services de pharmacie, les fournitures et équipements médicaux, les soins dentaires, de la vue et le transport pour des raisons médicales, certains traitements de santé mentale et des consultations d'intervention d'urgence (Canada 2001).

⁶⁰ Naomi Adelson (2005) rappelle les dangers d'une approche uniquement statistique qui tend à *subjectifier* ou réduire les individus de populations concernées en des entités abstraites, ce qui peut avoir un grand potentiel de colonisation par déshumanisation. Ainsi, pour cette raison et d'autres, j'adopterai ce genre de perspective macro ou statistique, uniquement dans cette section et avec parcimonie. Celle-ci est couramment utilisée en santé publique et en journalisme notamment.

⁶¹ Les deux autres étant la couverture d'assurance maladie provinciale ainsi que l'assurance médicament provinciale.

2.2.1 Contacts avec les services de santé

Cinq épisodes en lien aux services de santé résument bien l'histoire des contacts entre la société dominante et les communautés Cris et Inuit du Nord du Québec. Lisa Stevenson retrace les premiers contacts entre groupes Inuit et les services sociaux et la biomédecine lors des traitements des épidémies de tuberculose entre les décennies 1950 et 1960 (Stevenson 2014), jetant des bases d'une très mauvaise relation⁶², profondément empreinte de colonialisme et d'imposition. L'anthropologue de l'Université McGill illustre en quoi se sont vues confrontées deux visions culturelles divergentes du soin et de la santé publique. Deuxièmement, d'autres intérêts politiques privilégièrent une présence gouvernementale dans le Nord, en lien surtout avec le climat géopolitique de la guerre froide. Les contacts entre les communautés nordiques (Cris et Inuit) et des représentants de la société dominante s'y sont ensuite intensifiés dans la seconde moitié du 20^{ième} siècle (Adelson 2005). Troisièmement, l'épisode des pensionnats représente un élément incontournable de l'histoire des peuples autochtones et du Canada et fait l'objet d'une littérature anthropologique abondante que je n'aborderai pas ici⁶³. Rappelons simplement que les écoles résidentielles faisaient partie du projet colonial plus large d'assimilation et de génocide culturel dont les conséquences sont incommensurables et encore très saillantes aujourd'hui. Comme nous le verrons, les effets se ressentent aussi dans le nombre de problèmes de santé mentale notamment liés aux traumatismes et au trouble de l'attachement. Un quatrième moment saillant dans l'histoire des relations des sociétés Allochtones et Autochtones du Nord fut déclenché par le développement de l'exploitation hydroélectrique des rivières de la région de la Baie-James et du Nord québécois. Les conséquences du développement sont très nombreuses sur les plans environnementaux et politiques principalement. Cette période est très importante dans l'histoire des Autochtones canadien et québécois, puisqu'elle a mené à la signature de la *Convention de la Baie-James et du Nord-du-Québec*, le premier traité moderne entre le gouvernement canadien et une Première Nation. Il fut suivi de la *Paix des Braves*, de même que de la création d'un gouvernement Jamésien structurellement biculturel. Au niveau

⁶² Lisa Stevenson retrace bien l'histoire des premiers contacts, lors du traitement, où, par exemple, de nombreux enfants ont été enlevés par bateaux pour recevoir des traitements au sud contre la tuberculose sans explication pour leurs familles.

⁶³ Pour une récente étude et une analyse exhaustive sur la question des pensionnats et de la Commission Vérité et Réconciliation du gouvernement canadien, voir Capitaine 2017.

économique, la présence d'Allochtones et d'infrastructures dans le Nord, ainsi que la perte de grands territoires furent compensées par des redevances qui ont permis le développement dans les communautés concernées de plusieurs organisations et initiatives⁶⁴. Ajoutons cependant que l'argent concédé par les gouvernements à ces communautés nordiques ne se traduit pas nécessairement en une réduction des problèmes sociaux tels que le surpeuplement des maisons, ou la grande occurrence de cas de toxicomanie et de certains troubles de santé physique et mentale. Cela est principalement dû au fait que la plupart des structures coloniales sont demeurées en place (dont les réserves et les conseils de bande, entités exogènes aux groupes autochtones, et le maintien du contrôle fédéral de plusieurs compétences)⁶⁵. Il s'ajouterait à cela plusieurs autres effets de la colonisation et de la perte d'un territoire, dont des traumatismes et d'autres effets aux plans sociaux, culturels et psychiques. L'exploitation des ressources naturelles a aussi mené à des établissements allochtones et a donc augmenté les contacts entre les groupes. La cinquième présence forte de l'état colonial en milieux autochtones concerne la santé publique, au travers de campagnes de prévention du suicide (Stevenson 2014) et d'autres troubles ayant de hautes fréquences tels que l'alcoolisme et le diabète (Roy 2005).

Finalement, un parallèle entre l'aide humanitaire et les conditions de vie de pays pauvres est souvent fait en rapport aux communautés autochtones⁶⁶. Des organisations humanitaires telles que Médecins du Monde orientent d'ailleurs des soins de santé envers les populations autochtones urbaines, qui auraient délaissé les services de santé standards, en raison de leur inadéquation, d'expérience de racisme ou simplement d'une incompréhension de leurs maux. Précisons enfin que les questions d'accessibilité des ressources et le manque de professionnels de la santé sont davantage dénoncés pour les contextes inuit, dans les villages nordiques et donc accessibles uniquement par bateau ou par avion (ITK 2014). Un autre élément de comparaison

⁶⁴ Pour des analyses plus élaborées des conséquences politiques et économiques des accords politiques entre les Cris, les Inuit et la société dominante, je réfère à l'ouvrage *Les Autochtones et le Québec : Des premiers contact au Plan Nord* dirigé par Stéphane Gervais, Papillon et Alain Beaulieu (2013), aux Presses de l'Université de Montréal.

⁶⁵ La fondation du village allochtone de Radisson avec l'érection des barrages hydroélectriques de la Baie-James représente un exemple flagrant de ces contacts interculturels augmentés avec l'exploitation du Nord, et est d'ailleurs convenu, dans la convention de la Baie-James et du Nord-québécois parmi les impacts négatifs des développements pour les communautés crie environnantes.

⁶⁶ Dans les médias, on retrouve de nombreuses expressions qui réfèrent au tiers-monde intérieur par exemple.

concerne les services offerts à travers des réseaux de cybersanté et où les travailleurs sont nomades. Ces enjeux prendront une grande importance dans la section analytique de ce mémoire.

2.2.2 En matière de santé et de santé mentale

Non-indigenous perspective (c.-à-d., Western perspective) is a form of continued oppression and colonization, as it does not legitimize the Indigenous cultural view of mental health and healing.

- E. Duran (2006)

Sur la question de la santé des Autochtones, il existe une quantité impressionnante d'études et de rapports sur les déterminants sociaux de la maladie. Ces derniers sont intimement façonnés par les contextes politiques. L'Organisation mondiale de la Santé identifie comme causes importantes de la santé : « the distribution of money, power and resources at global, national and local levels, which are themselves influenced by policy choices. » (World Health Organization, 2013 cité dans Inuit Tapiriit Kanatami 2014). L'organisation nationale inuit *Tapiriit Kanatami* liste quant à elle dix déterminants à la santé : les conditions de développement en enfance ; la préservation de la culture, de la langue ; les moyens traditionnels de subsistance ; la distribution des revenus dans la communauté ; le logement ; la sécurité physique ; l'éducation ; la sécurité alimentaire ; l'accessibilité à des services de santé et sociaux ; le bien-être mental ; l'environnement ou le territoire (Inuit Tapiriit Kanatami 2014)⁶⁷. Bien sûr cette énumération est sujette à des variations selon les études et les perspectives. Cette liste a également le mérite d'aborder les déterminants sociaux de la santé dans un sens large. Lawrence Kirmayer rappelle quant à lui qu'au lieu de seulement focaliser les intérêts de recherche en santé mentale sur les facteurs de risque, il serait pertinent de s'intéresser davantage aux facteurs protecteurs de la santé mentale. La présence d'un sentiment de communauté, qui serait lié à la capacité de résilience chez les jeunes, en constitue un exemple documenté (Chandler et Lalonde 2008). En effet, plusieurs études proposent d'accorder davantage d'importance à la spiritualité, au temps passé sur le territoire et à un sentiment d'appartenance à une collectivité et à une identité culturelle forte comme facteurs protecteurs (National Aboriginal Health Organization 2013 ; Chandler et Lalonde 2004 ; 2008).

⁶⁷ À propos de ce dernier déterminant, Kirmayer et al. (2000) présentent en quoi du temps passé sur le territoire était corrélé positivement avec une santé mentale positive.

Dans un autre ordre d'idées, la plupart des études et des rapports qui adressent la question de la santé mentale en contextes autochtones semblent s'entendre sur l'importance d'incorporer des valeurs, des approches et des perspectives autochtones dans les services sociosanitaires (ITK 2014). Toutefois, il n'est que très rarement présenté de moyens ou stratégies concrètes pour s'y prendre. Le sujet central de ce mémoire aborde directement cette question, liée à la qualité et à l'adéquation des soins. En complément, le *Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone* dénonçait en 2017 le manque d'indicateurs de santé qui soient culturellement adaptés aux groupes autochtones. Il semble pourtant généralement admis qu'on y trouve des conceptions culturelles différentes de la santé. Il est aussi régulièrement affirmé que caractère holistique de la santé et l'importance d'avoir des considérations spirituelles dans le soin sont des aspects négligés des approches occidentales et biomédicales en contextes autochtones (Kirmayer, Corin, Corriveau et Fletcher 1993 ; Duran et Duran 1995 ; Adelson 2000). Au sujet de la conception et de la désignation des troubles mentaux, une recherche de Kirmayer, Fletcher et Boothroyd (1997), elle-même inspirée d'un article précédent portant sur l'étiologie inuit des troubles mentaux (Kirmayer, Corin, Corriveau et Fletcher 1993) a été novatrice. Lessard (2015) résume très bien cette étude « phare » :

Ces chercheurs ont notamment mis en évidence qu'il n'existe pas de terme pour qualifier la santé ou la maladie mentale en inuktitut. Pour parler des troubles mentaux, les traducteurs inuits utiliseront généralement le terme français de « problème de santé mentale » ou de « *mental health problem* » en anglais. Les termes en inuktitut *Isumaluttuq*, qui correspondent au concept de « penser trop » et *Isumaqqanngituq*, qui signifie « ne plus penser » peuvent aussi être utilisés pour décrire respectivement les troubles mentaux courants et les troubles mentaux graves.

De manière plus particulière, des hommes et des femmes qui ont vécu des hallucinations auditives ou visuelles occasionnelles et temporaires sont respectivement dénommés *nuliatsalik* et *uitsalik*. Ces termes spécifiques selon le sexe désignent le ou la fiancée, et forment un concept selon lequel l'individu affecté mène une vie parallèle dans une dimension invisible, avec un partenaire. Les comportements inhabituels des individus résultent de leur communication avec ce ou cette partenaire.

Après avoir interrogé plusieurs personnes, les auteurs ont proposé quatre interprétations étiologiques aux problèmes de santé mentale chez les Inuit du Nunavik : 1) des causes physiques et environnementales, 2) des causes psychologiques ou émotionnelles, 3) la possession par un démon ou un esprit et 4) les changements culturels et les problèmes sociaux. Les auteurs indiquent aussi que même si les Nunavimmiut ont vécu des modifications récentes dans leur culture traditionnelle, des explications semblables en regard de comportements anormaux ont encore cours dans les communautés du nord du Québec et les méthodes de soulagement des symptômes des individus demeurent en vigueur. (Lessard 2015 :8)

Dans la littérature scientifique sur la santé mentale des Autochtones et dans plusieurs rapports gouvernementaux, les principaux enjeux de santé abordés sont : le suicide, la violence et les traumatismes ; la toxicomanie et le tabagisme ; le VIH/sida ; l'obésité et le diabète. Pour les Inuit, le taux de suicide chez les jeunes serait d'environ 11 fois plus élevé que la moyenne canadienne et 10 fois plus élevée pour les adultes (Duhaime et al. 2015). La consommation de drogues serait d'environ quatre fois supérieure au reste du Canada (Anctil, 2008). Selon Statistique Canada, pour les Premières Nations, le taux de suicide et de pensées suicidaires serait cinq à sept fois plus élevé que pour les non-autochtones. Rappelons que ce taux est sujet à de grandes variations d'une communauté à l'autre (Chandler et Lalonde 2004). Parmi les facteurs mis en cause, les problèmes de logement (surpeuplement des maisons et promiscuité) et l'insécurité alimentaire sont systématiquement mentionnés (Masmoudi 2010 ; Canada 2012). L'isolement géographique relatif des communautés serait également associé à de forts taux de suicides et de pensées suicidaires, en raison des opportunités limitées d'emplois, d'accès à l'éducation et une plus grande précarité sociale (Lessard 2008). Le thème de la violence et du suicide a aussi été théorisé par Snowball et Weatherburn (2008) et Anderson (2002), en contextes d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Les premiers proposent qu'il s'agisse d'un problème chronique depuis la colonisation dû aux séquelles toujours saillantes et entretenues par une situation de dépendance. Elle constitue en ce sens une forme de réponse à la perte de pouvoir. Ils proposent une hypothèse qu'ils nomment « lifestyle/routine activity theory » qu'ils lient notamment à la désorganisation sociale, à la consommation d'alcool et de drogue et à d'autres problèmes sociaux tels que le surpeuplement des maisons. Nous verrons en analyse (Chapitre 6) que ces différents modèles explicatifs sont tous valables et interreliés. Les auteurs affirment aussi trouver peu de support à l'hypothèse d'une explication culturelle de la violence. L'article de Anderson (2002) quant à lui rappelle que la violence constitue un problème multidimensionnel intimement lié aux problèmes de santé, car ils partagent les mêmes causes fondamentales (historique coloniale et inégalités sociales notamment). Kirmayer, quant à lui, met aussi en cause, dans un article de 1994 les contacts culturels inter-groupes et les stress sociaux imposés aux peuples autochtones depuis la colonisation. Ces différents facteurs ne semblent cependant se réduire à la question du suicide, mais à la violence au sens large tout comme à bien d'autres troubles de santé (Anderson 2002) :

Aboriginal peoples are actively engaged in creating ways of life and identity that blend features of traditional culture with elements drawn from the wider society. The final common pathway of suicide is the hopelessness and pain of the individual. This hopelessness and despair is fueled both by psychiatric disorders and by existential problems that follow directly from the rapidity of social change, the suppression of traditional knowledge, history and identity, as well as from persistent economic disadvantage and racism in the larger society. These problems demand social and political analyses and interventions. The fact that the mental health literature tends to focus on individual problems and solutions should not obscure this need for a broader perspective on suicide among Aboriginal peoples. (Kirmayer 1994)

Le taux dramatique de tentatives de suicide chez les jeunes dans plusieurs communautés autochtones a motivé la production de plusieurs études, enquêtes et rapports, souvent commandés par le gouvernement canadien. Parmi ceux-ci, un rapport daté de 2002 du Comité consultatif sur la prévention du suicide relevait en conclusion quatre niveaux d'analyse :

Facteurs biopsychologiques : dépression, troubles anxieux, schizophrénie.

Historique de vie ou facteurs conjoncturels : instabilité familiale chronique, antécédents familiaux de problèmes en santé mentale, victime d'abus physique ou sexuel, abus d'alcool ou d'autres drogues, passé de conflits relationnels, récent conflit relationnel extrême ou perte récente d'un proche partenaire, deuil prolongé ou non encore résolu, emprisonnement, accès à des armes ou des substances mortelles, absence d'engagement religieux ou spirituel...

Facteurs socioéconomiques : chômage, pauvreté personnelle ou familiale, pauvreté relative ou membre d'une classe inférieure, bas niveau de santé communautaire, rares exemples de prospérité et de stabilité.

Stress culturel : perte de confiance des individus ou des groupes sur les façons de percevoir la vie (normes, valeurs, croyances) qui leur ont été enseignées par leur culture d'origine et le stress personnel ou collectif qui peut en résulter — perte des terres, perte de la maîtrise sur sa propre situation et occasions limitées d'améliorer son niveau de vie, extinction des systèmes de croyances et de la spiritualité, démantèlement des structures sociales, déplacement des institutions politiques, effondrement généralisé des règles et des valeurs culturelles et manque d'estime de soi, discrimination et racisme institutionnalisé et conséquences de leur intégration, adoption volontaire ou non des éléments d'une culture étrangère et perte de l'identité.

(Comité consultatif sur la prévention du suicide 2002)

On voit bien dans cette énumération que les problèmes de santé sont politiques et symboliques, et n'interpelle pas seulement la question de l'accessibilité aux services ou à du financement, bien que ces deux facteurs puissent jouer un rôle (Chandler et Lalonde 2008 ; Gone, 2013 ; Kirmayer,

Simpson et Cargo 2003 ; Kirmayer et al. 2007 ; Roy 2005). Il fut aussi affirmé que les activités culturelles / traditionnelles, la langue, une vie spirituelle, sentiment de continuité et de communauté, fierté culturelle, la nourriture traditionnelle, et les échanges intergénérationnels, entre jeunes et aînés notamment, auraient tous un impact sur la santé mentale et le bien-être général (Chandler et Lalonde 2008 ; Gone 2013 ; Kirmayer, Simpson et Cargo 2003; Kirmayer et al. 2007 ; Advisory Group on Suicide Prevention 2003).

À ma connaissance, deux études sur la santé mentale des autochtones ont adopté une approche méthodologique analogue à celle qui est proposée ici. Premièrement, une recherche postdoctorale de Suzanne L. Stewart (2008) a tenu des entretiens semi-dirigés avec cinq thérapeutes d'origine autochtone travaillant dans des communautés. Elle retient quatre thèmes principaux : communauté, identité culturelle, approche holistique, et interdépendance. Stewart en retire aussi deux éléments de définitions de la santé mentale : condition de bien-être et processus de guérison. Pour devenir « culturellement appropriés », les services devraient, selon son étude, intégrer ces conceptions autochtones de santé mentale et de guérison. Deuxièmement, Oulanova et Moodley (2010) ont interrogé neuf psychologues qui intègrent des savoirs traditionnels dans leur pratique, dont sept sont d'origine autochtone ou métis, et deux d'origine eurocanadienne. Les auteurs rapportent les témoignages de ces aidants au sujet des défis de déterminer qui justifieraient l'intégration de pratiques alternatives et quant à la manière de s'y prendre. La plupart des exemples donnés dans leur article mobilisent des outils concrets et ponctuels (plume, bâton de parole, fumigation, tambours, et sortir du bureau). Ce qu'ils entendent par approches intégrées comprend également les multiples dimensions d'une approche holistique, c'est-à-dire le rôle accru de la communauté et de la famille et la collaboration d'aînés. À partir des témoignages qu'ils ont recueillis, les deux auteurs affirment que les aînés pourraient aussi offrir aux intervenantes un espace pour ventiler et valider leurs intuitions qui concernent la culture locale (Viscogliosi et al. 2017).

Un dernier constat personnel sur la littérature scientifique qui porte sur la catégorie de la santé mentale. Bien qu'elle soit très vaste, les thèmes récurrents sont souvent les mêmes, ce qui tend à réduire la catégorie au suicide (qu'on associe certes à la dépression, aux violences et traumatismes), à l'alcoolisme et à la toxicomanie. La littérature porte très peu son attention sur

d'autres psychopathologies ou troubles, ou à leur soin (Centre de collaboration nationale de la santé des autochtones (CCNSA) 2012, 2013 et 2017).

2.2.3 Dans la recherche en santé mentale avec des Autochtones

En contexte de santé et de recherche en santé, Browne et al. (2005) réitèrent la pertinence de la sécurité culturelle comme moyen d'éviter les écueils d'imposition culturelle ou d'une utilisation maladroite et non-pertinente de la notion de culture pour en arriver à construire une approche réellement postcoloniale. La critique postcoloniale en psychologie semble avoir mené à une prise de conscience, au sein de la discipline, des relations de pouvoir inégales et à une intégration de considérations historiques (colonisation et néocolonisation, oppression, génocides, ethnocides, etc.) dans les rencontres thérapeutiques (Duran et Duran 1995). Ainsi, racialisation, culture et *altérisation* constituent trois concepts issus du discours postcolonial qui ont des implications dans le soin et qui sont bien présents en contexte autochtone. Browne et al. (2005) relèvent aussi des limites à l'approche postcoloniale en psychologie. Elles distinguent les théories postcoloniales des savoirs autochtones postcoloniaux. Ces derniers se démarqueraient, car ils sont fondés sur une épistémologie et une vision du monde typiquement autochtone. Celle-ci devrait inspirer des projets de recherche locaux, principalement montés par des chercheurs d'origine autochtone. Les autrices émettent trois mises en garde lorsqu'on adopte la critique postcoloniale. Premièrement, il faut éviter l'opposition binaire simpliste entre colonisés et colonisateurs, par l'emploi de distinctions trop étanches. Deuxièmement, Il faut être vigilant, dans la représentation, à ne pas diminuer l'agentivité des individus et des groupes en les décrivant de manière unidimensionnelle comme étant marginalisés et désavantagés en raison de leur appartenance à un groupe ethnoculturel, ou en ne focalisant que sur cette composante de leur identité. Ce surcroît d'accent sur la discrimination risquerait, dans certains cas, de renforcer la relation de pouvoir que la critique vise justement à déconstruire. Troisièmement, il est important de ne pas focaliser seulement sur l'appartenance et l'origine, puisque d'autres facteurs d'oppression peuvent également être mis en cause telle que le genre et la classe sociale, sans que ceux-ci ne soient obligatoirement associés à l'histoire coloniale.

Au sujet spécifiquement des Autochtones et concernant la santé, la critique postcoloniale s'exprime en premier par la prise de conscience de l'héritage colonial qui a causé les profondes

inégalités de santé et l'effet de cet héritage sur l'expérience que ces populations ont des services de santé. Voici cinq (5) éléments à considérer pour « redresser les inégalités structurelles » (Brown et al. 2005, ma traduction) :

- Porter une attention particulière aux enjeux liés au partenariat et aux voix (à qui nous l'accordons) dans la recherche ;
- S'assurer de l'applicabilité des recherches dans des pratiques ou changements concrets ;
- Se rappeler qu'il existe une forte continuité entre le passé et le présent, et que les effets de l'histoire coloniale sont encore très ressentis ;
- Avoir une approche critique des effets potentiellement colonisateurs ou discriminatoires de nos recherches et éviter toute instrumentalisation de celles-ci ;
- Réfléchir et appliquer le principe de la sécurité culturelle dans le domaine de la santé. Ce dernier élément étant d'une certaine manière la résultante des considérations précédentes, cette question fera l'objet d'une section plus détaillée ultérieurement.

Browne et al. (2005) présentent deux réponses possibles à la question : « est-ce que, prenant conscience des critiques postcoloniales, des non-autochtones peuvent encore faire des études autochtones ? ». Elles affirment que le processus de décolonisation est un travail qui nécessite la participation des Autochtones et des Allochtones. Il faut toutefois être sensibles aux considérations évoquées ci-haut, afin d'éviter de reproduire des inégalités ou un système d'exploitation, notamment dans les recherches partenariales. Afin d'éviter ce piège, il importe d'avoir une grande réflexivité et une conscience de notre position de privilèges. Jan Pettman (1992) utilise l'expression « speaking from » pour rappeler l'importance d'assumer ses biais et son propre bagage (sociohistorique, professionnel, ses motivations, les potentielles relations de pouvoir, etc.), car ces derniers ne peuvent être effacés de la recherche.

2.2.4 Racisme systémique et sécurité culturelle

Le Barreau du Québec définit l'expression *racisme systémique* comme étant : « la production sociale d'une inégalité fondée sur la race dans les décisions dont les gens font l'objet et les traitements qui leur sont dispensés. L'inégalité raciale est le résultat de l'organisation de la vie économique, culturelle et politique d'une société » (Barreau du Québec cité dans *La Presse*

du 4 mai 2016). L'inadéquation des services aux réalités socioculturelles diverses des groupes autochtones ainsi que la qualité inférieure des services en général correspondant à cette définition. On pourrait ajouter l'insécurité alimentaire, les conditions de vie difficiles et la bureaucratisation du soin comme étant d'autres déclinaisons du racisme systémique. Les populations autochtones seraient également fréquemment victimes de racisme interpersonnel – et donc pas seulement systémique - notamment dans les institutions biomédicales de milieux urbains (Collège des médecins de famille du Canada 2016). Concernant la violence, « Les Autochtones sont trois fois plus susceptibles que les non-Autochtones de faire l'objet de persécution violente (soit 319/1000 contre 101/1000). Les risques de violence envers les femmes autochtones sont 3,5 fois plus élevés qu'envers les femmes non autochtones (soit 343/1000 contre 96/1000) » (Masmoudi 2010).

Pour appréhender ces inégalités et combattre la discrimination, l'approche dite de « sécurité culturelle » est généralement privilégiée en milieux autochtones. Ce concept est issu du contexte colonial néozélandais, a été développé à la fin des années 1980 et était motivé par une volonté politique de réduire les problèmes de santé de la population maorie en réaction à un colonialisme toujours opérant (Papps et Ramsen 1996). Le *National Nursing Council* de Nouvelle-Zélande définit cette approche comme étant « The effective nursing of a person/family from another culture by a nurse who has undertaken a process of reflection on own cultural identity and recognises the impact of the nurses culture on [his/her] own nursing practice » (rapporté dans Papps et Ramsen 1996)⁶⁸. On peut parler d'un processus de sécurisation culturelle visant à sensibiliser les soignantes 1) aux différentes façons de vivre et de comprendre le monde, qui sont façonnées par la culture ; 2) aux rapports de pouvoirs entre les groupes ; et 3) à développer une plus grande réflexibilité sur leur propre culture et leurs propres valeurs. Dans son témoignage devant la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics en 2017, l'anthropologue Carole Lévesque disait :

La sécurisation culturelle est une démarche d'affirmation, de transformation et de réconciliation éprouvée et mise en œuvre depuis plusieurs années déjà au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Cette démarche vise à réduire les écarts et les inégalités qui existent entre la population autochtone et la population canadienne

⁶⁸ Papps et Ramsen 1996 précisent que le concept se distingue de celui de « *transcultural nursing* », initialement proposé dans cette discipline, par la chercheuse américaine Madeleine Leninger. Ils affirment que ce dernier courant demeurerait en continuité avec une approche coloniale, lorsqu'il s'agit de pratique en milieu autochtone (néo-zélandais) et que le fait d'avoir des connaissances approfondies sur le groupe du patient ne suffit pas.

et québécoise en matière de santé comme en d'autres domaines. Elle reconnaît la légitimité de la différence sociale et culturelle des autochtones selon qu'elle se manifeste en termes de connaissance, de pratique, de compétence.

Cette démarche considère les effets durables de la colonisation, du racisme systémique et du traumatisme intergénérationnel qui en découle. Elle considère également le déséquilibre de pouvoirs qui existe entre la société dominante et les autochtones.

Cette démarche vise à créer des environnements sécurisants et accueillants pour la population autochtone en matière de santé, d'éducation, de justice d'environnement, d'employabilité. Elle favorise le déploiement de services, de pratiques et d'initiatives en concordance avec les modes d'accompagnement de soins de prévention, de guérison, de transaction sociale et d'appréhension du monde autochtone, des modes qui prennent ancrage dans les systèmes de valeur et de savoir autochtones. (Témoignage de Carole Lévesque – site gouvernemental officiel de la Commission Viens)

Pour Judith Morency, il s'agit d'un processus qui s'opérerait en trois étapes (Morency 2018) :

- Reconnaître et accepter les différences culturelles ;
- Tenir compte des antécédents et expériences culturelles des autochtones ;
- Respecter les savoirs, agir dans le respect de la culture.

L'intérêt de cette approche est qu'elle fut construite pour répondre aux effets du colonialisme en premier lieu et non pour appréhender des enjeux liés à la migration à l'inverse des tangentes qu'ont prise l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle.

2.3 Organisation du travail psychiatrique et psycho-thérapeutique dans le Nord⁶⁹

Le choix de la structure de travail itinérante de type *fly-in fly-out* (FIFO) est motivé par les communautés et les travailleuses pour des raisons géographiques et démographiques. D'une part, la distance des centres urbains et hospitaliers ne justifie pas la présence à temps plein de psychiatres ou psychologue ou psychothérapeutes en raison de la faible démographie. D'autre part, nous verrons que des défis éthiques et déontologiques sont partiellement répondus par le déplacement des intervenantes. Lorsqu'elles sont dans le Nord, les intervenantes psy demeurent

⁶⁹ Il s'agit ici du prototype, bien que de nombreux imprévus altèrent l'accès à des ressources de soutien de la santé mentale temporairement, mais parfois pour de longues durées. Par exemple, lorsqu'une psychiatre ou thérapeute prend un congé de maladie, elle ne sera pas d'emblée remplacée, et la communauté ne sera pas desservie pour ce qui concerne la santé mentale, ou seulement par visioconférence. Il existe donc de nombreuses exceptions locales à l'organisation ici présentée.

dans des « transits », c'est-à-dire des maisons de transition, pour travailleurs-ses itinérantes de différentes disciplines, surtout médicales. Elles y vivent en colocation le temps de leur séjour. Pour présenter l'organisation du service, les Cris et les Inuit ont été séparés en deux sous-sections, étant donné les divergences dans l'organisation. Pour la communauté Atikamekw, l'organisation se rapproche de celle qu'on retrouve chez les Cris en termes de fréquence (une visite de la psychologue par mois environ). Cependant, les services psychologiques sont seulement pourvus par une psychologue au lieu de deux, et il n'y a donc pas de relais dans le personnel. De plus, les Atikamekw ne détiennent pas d'entente avec les gouvernements telle que la *Paix des Braves*, ce qui réduit considérablement leur accès à du financement. Aussi, malgré la politique de décentralisation du gouvernement, ces groupes jouissent donc de beaucoup moins de contrôle sur leurs services.

2.3.1 Pour les Cris

Au moment de mener cette étude, deux psychiatres desservaient les communautés crie : l'une pour les villages côtiers (*coastal*), et l'autre, pour les réserves « *inland* » c'est-à-dire ceux situés dans les terres. Les centres de santé des communautés sont associés au Centre hospitalier universitaire Douglas, affilié au réseau universitaire McGill, tout comme pour les Inuit. Auparavant, c'était l'hôpital Notre-Dame qui s'en occupait, associé à l'Université de Montréal. L'hôpital Douglas détient présentement le contrat des traitements et reçoit les patients qui lui sont envoyés d'urgence, en état de crise, ou lorsqu'ils nécessitent des services plus spécialisés. Concernant le voyage « dans le sud » pour raisons médicales, certaines thérapeutes m'ont partagé leur crainte que l'option d'évacuation ne soit utilisée par des usagers comme prétexte pour avoir un « voyage payé à Montréal ». Ce constat susciterait maintenant chez elles une vigilance pour éviter des abus. À ce propos, une participante, Laurence⁷⁰, me racontait qu'un patient avait refusé systématiquement de prendre ses « pilules pour dormir », afin de créer une insomnie assez importante pour justifier un voyage à l'Hôpital Douglas, et ainsi, obtenir un transport pour Montréal. Ce serait le cas autant pour les Cris que pour les Inuit. Cette situation

⁷⁰ Tel qu'il sera détaillé dans la section de ce chapitre qui traite de l'éthique, de l'épistémologie et de la méthodologie, tous les noms sont fictifs et non-genrés.

arriverait aussi dans le cas des proches accompagnateurs des patients qui parfois « prendraient le large » à leur arrivée à Montréal.

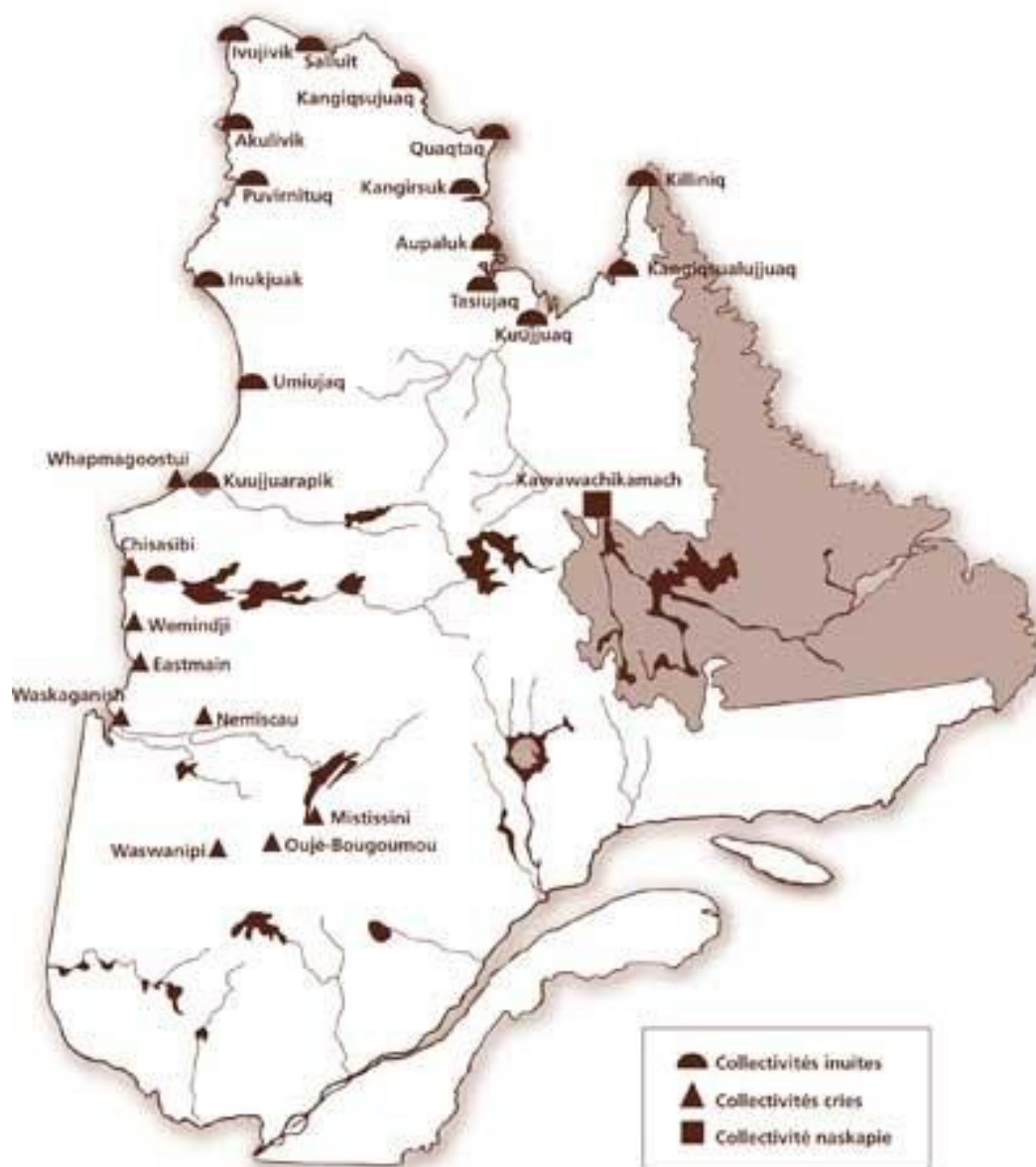


Figure 1 – Carte des villages cris et inuit (Canada, 2010)

Dans les communautés, lorsque l'embauche est stable, un homme et une femme psychologues ou psychothérapeute travaillent en alternance respectivement une semaine par mois ou aux deux mois dépendamment. Le Conseil cri de la santé et des services sociaux offre également un service de thérapie intensive, qui consiste à envoyer un client à Montréal pour dix

à vingt séances de psychothérapie, jumelées à une rencontre psychiatrique et parfois à d'autres activités connexes. Il existe aussi d'autres centres de soin précisément développés pour une clientèle autochtone, qui prennent souvent la forme de retraites où sont amalgamées des activités dites « culturelles » et d'autres, de l'ordre de la thérapie classique. Mentionnons seulement certaines *healing lodges* et autres centres de désintoxication que les participantes m'ont nommés lors des entrevues : *Histoire civique, Portage, Onen'tó:konà Oka, Pouwnmaker's lodge, Ohnoundogo, etc*⁷¹. Certaines informatrices semblaient y référer des patients très fréquemment, alors que d'autres n'en savaient que très peu à ce sujet.

Le fait que les villages Cris soient joignables par des routes, à l'exception de Whapmagoostui, augmente la mobilité et donne un plus grand accès à des ressources. De plus, les Cris, me dit-on, n'auraient pas la même notion des distances et n'hésiteraient souvent pas à faire la route de quelques centaines de kilomètres qui les séparent d'Amos, de Val d'Or, d'Ottawa ou Montréal pour aller faire des achats. À Whapmagoostui, la situation paraît un peu plus particulière, puisque la population est en partie Crie, et en partie Inuk. Toutefois, ces deux groupes ne reçoivent pas les mêmes services et sont gérés par des instances politiques différentes. Une intervenante rencontrée qui y travaille aux frais du *Conseil cri de la santé* et ne voit donc pas de patients inuit, à l'exception des « couples mixtes ».

2.3.2 Pour les Inuit

Depuis la ratification de la *Convention de la Baie-James et du Nord-du-Québec* (CBJNQ), le Nunavik est devenu région administrative dont les services sociosanitaires sont gérés par le Conseil régional de la santé et de services sociaux Kativik (CRSSSK), basé à Kuujuaq. Cette instance, devenue la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) en 1995, s'occupe du recrutement du personnel et de l'administration des services et soutient les deux établissements de santé de la région : Centre de santé Inuultisivk à Puvirnituq et Centre Tulattavik à Kuujuaq (Lessard 2015). Le poste de directeur des centres de santé est réservé à un ou une Inuite, pour permettre un meilleur accord entre les besoins locaux, les intérêts de la communauté, les employés et les services promulgués. La division des services en secteurs rendrait parfois plus difficiles les remboursements, en raison de tension avec les

⁷¹Je ne détaillerai pas davantage sur ces retraites, car elles ne constituent pas le point focal de l'étude.

SSNA. Les thérapeutes rencontrés n'étaient pas tout à fait au courant de l'organisation des services, et de la provenance du financement en raison de séparation complexe des pouvoirs et des compétences.

Les villages du Nunavik sont regroupés en deux sous-groupes selon la côte qu'ils bordent : Ungava ou Hudson. Puvirnituk et Kuujuaq sont les villages le plus peuplés de chaque côte. Y sont situés les deux centres de services où des directeurs-rices gèrent l'embauche et les services. Les postes de services de chacune des communautés sont affiliés à l'un des deux centres, selon la côte. À l'hiver et au printemps 2017, au moment de tenir les entretiens, une informatrice me rapportait que les cinq psychiatres engagés se sont « divisé le Nord » lors d'une rencontre de coordination. C'est-à-dire qu'ils se sont partagé les villages à desservir. Les psychiatres signaient des contrats de 60 jours par année et chaque psychiatre s'occuperait exclusivement de 2 ou 3 villages. Elles transitent par Kuujuaq ou Puvirnituk où se trouve un petit hôpital d'environ 24 lits. Une des psychiatres a préféré ne s'occuper que d'une seule communauté. Elle m'expliquait ce choix pour des raisons d'efficacité, considérant qu'elle perdait trop de temps dans le voyage, pour très peu de rencontres. Trois d'entre elles se partagent les patients au centre de santé de Kuujuaq, où elles transitent. Elles éviteraient cependant de traiter le même dossier, sauf lors d'épisodes de crise ou de besoins urgents. Elles partent ensuite pour les autres villages à desservir, où elles y séjourneront d'un à trois jours. Il serait important pour elles de rester flexibles dans leur travail, considérant que les transports sont parfois interrompus par les conditions météorologiques.

Durant l'absence de psychiatres, les médecins omnipraticiens et les infirmières pallient le manque de service spécialisé en santé mentale. Elles ont parfois recours à des conseils à distance des psychiatres lorsque des patients nécessitent des soins durant leur absence. Lors d'épisode de crise ou lorsqu'une omnipraticienne ou une infirmière en ressent la nécessité, les patients peuvent être hospitalisés aux Centres de santé de Kuujuaq ou de Puvirnituk, pour bénéficier d'un espace sécurisé intermédiaire entre la communauté et une hospitalisation dans le sud. Lorsqu'un des trois *psytinérants* qui dessert Kuujuaq arrive, il les rencontrera en priorité et évaluera notamment la nécessité de les garder ou non au centre de santé. Il y aurait toujours une pression pour que des « lits soient libérés » dans les centres : « Habituellement, après 24-48h, si la personne 'ne retombe pas sur ses pattes', on va penser à la transférer à Puvirnituk [ou

Kuujjuaq, dépendamment de la côte], et après une semaine si ça ne va pas, ils vont les faire venir à Douglas » (Laurence, psychiatre). Le fait que l'accueil soit centralisé dans un seul hôpital dans le sud (Douglas) amènerait celui-ci à développer une certaine expertise par rapport à la manière de recevoir les patients du nord. Lorsque ceux-ci reçoivent leur congé de l'hôpital et retournent dans le nord, ils sont repris en charge par la psychiatre itinérante associée à leur communauté. Si le cas nécessite un suivi plus rapproché et ne peut attendre le retour du psytinérant, il y aurait un suivi avec une psychiatre de Douglas par téléconférence.

Il n'y aurait pas de psychologue engagé dans chaque village, malgré une occurrence élevée de trouble de santé mentale et de toxicomanie. Bien que la situation change apparemment très souvent, il n'y aurait qu'un seul psychologue, situé à Kuujjuaq, qui couvrirait l'ensemble des services psychologiques pour les villages inuit de la côte de l'Ungava. Ce sont les patients qui doivent se déplacer pour le rencontrer et non l'inverse, ce qui réduit beaucoup l'accessibilité. Il offrirait aussi des suivis téléphoniques au besoin à raison d'un rendez-vous par semaine. Plusieurs patients préféreraient donc attendre le retour du psychiatre qui peut aussi offrir un soutien plus « psychothérapeutique ». D'autres auront recours aux services de première ligne. Laurence me disait justement : « aussi bizarre que tu peux l'imaginer, il n'y a pas de psychologue ni à Puvirnituk, ni à Inuqjuaq ». Il s'agirait de la volonté des autorités locales, mais la psychiatre se questionne à savoir s'il s'agit d'un cercle vicieux : n'en ressentent-ils pas le besoin, justement parce qu'ils n'en ont pas ? Ou s'agit-il d'un service exogène qui n'est pas essentiel ni adéquat dans ce milieu ? Toujours la même psychiatre répondait à la question à savoir si elle comblait le travail de psychologue, qui serait manquant : « Psychothérapie ? Oublie ça, on n'a pas l'temps... Une démarche d'inspiration psychothérapique : oui. Mais psychothérapie... On voit des gens une semaine, quand t'es là aux trois mois, ça ne va pas, ça n'existe pas ! » Le support psychologique plus quotidien ou hebdomadaire pourrait être apporté par les autres travailleurs sur place, mais d'autres défis émergent.

Dans les « petits villages » moins peuplés, c'est-à-dire toutes les communautés à l'exception de Kuujjuaq et Puvirnituk, on retrouve comme professionnels de la santé :

- 3 à 4 infirmières en permanence ;
- 1 médecin omnipraticien, une semaine par mois ;

- 1 travailleur-se social ;
- Travailleurs communautaires et agents culturels (des autochtones qui proviennent de la communauté et qui parlent la langue, servent souvent de médiateurs ou aident les thérapeutes pour des éclaircissements. Ils assistent le travailleur social et la DPJ, par exemple.) ;
- Un psychiatre (quelques jours aux trois mois lorsque le service est stable).

Très peu d'employés sont d'origine autochtone, à l'exception des travailleurs communautaires (aussi dits agents culturels). Les rôles du médecin omnipraticien et des infirmières sont dits « élargis » par rapport à leurs fonctions dans d'autres contextes moins isolés. Leur travail comporterait une plus grande composante en santé mentale, mais aussi dans presque toutes les autres spécialités médicales. L'expression de « rôle élargi » ne décrirait pas bien, selon certaines informatrices, l'ampleur des tâches que ces travailleuses doivent couvrir. Ce genre de rôle attire donc des gens à caractère fort « pas trop anxieux de prendre des responsabilités et des décisions difficiles » (Alix, informatrice).

2.4 Considérations épistémologiques

2.4.1 De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement

Plusieurs auteurs, souvent critiques, soulignent les angles morts épistémologiques et les conséquences potentiellement négatives de la recherche universitaire qui implique des groupes historiquement dominés, sur lesquels les chercheurs risquent de projeter leurs idées, en raison de la position de privilège que leur statut leur confère. Pour éviter au plus possible ces effets négatifs de la recherche, plusieurs auteurs rappellent que toute production de savoir est ancrée dans un contexte sociohistorique, géographique et culturel (Haraway 1988 ; Mayneri 2014). On associe cette position à la théorie du point de vue situé et à la critique des études subalternes. De plus, l'enracinement social et culturel du chercheur ainsi que sa personnalité et sa psychologie affecteront ses analyses (Devereux 1980). La première étape d'un processus réflexif serait de nous situer nous-mêmes dans nos études pour éviter au mieux possible la production d'injustice épistémique ou d'imposition de toute sorte. Il faut aussi reconnaître les moments et les sujets sur lesquels ce n'est pas aux chercheurs de s'exprimer, car ils risquent d'imposer leur parole et leurs

idées (Alcoff 1991). Cet exercice de réflexivité n'est pas absolu. Il se rapproche de l'analyse introspective de ses propres transferts et contre-transferts (autant affectifs que culturels) ou du processus de centration (ou *centrement*) promu en ethnopsychiatrie.

L'anthropologue Linda Alcoff déplore aussi le fort décalage entre l'univers académique, en situation de dominance, et l'univers des gens souvent marginalisés dont nous parlons dans nos études. Le simple fait que nous soyons en position de prendre la parole en tant qu'« experts » révèle et consolide une profonde injustice sociale et une forme d'impérialisme, que les experts soient portés par des bonnes intentions ou non (Alcoff 1992 ; Tihuwai Smith 2012). Alcoff rappelle qu'au moment de nous situer ou de nous centrer, nous devons prendre conscience de nos privilèges et des bénéfices que nous retirerons de nos études et qui sont souvent liés aux problèmes d'autres individus. En surcroît, comme une deuxième étape à la décolonisation de la recherche, elle rappelle que si des individus concernés plus directement que les chercheurs par les enjeux en question sont en position de prendre la parole, ces derniers ont un devoir de réserve. Car en prenant la parole, ils risquent d'effacer celle de ceux qui sont minorisés et qui n'ont pas le même pouvoir épistémique, et reproduiront ainsi une oppression. Il est donc de la responsabilité des chercheurs-ses d'évaluer les effets négatifs potentiels de leurs pratiques discursives. Il s'agit là d'un processus éthique continu et itératif qu'on devrait retrouver tout au long de l'analyse, et non seulement en entrée de texte. La psychanalyste franco-italienne Piera Aulagnier (1981) pose la question à savoir si le simple fait d'interpréter des actions, des pensées ou des émotions qui ne sont pas nôtres ne consisterait-il pas en une forme de violence ? Il s'agit, en somme, de dilemmes éthiques auxquels il n'existe pas de solution simple.

Georges Devereux fut aussi un penseur de méthodologie et à mon avis un précurseur des premières critiques épistémologiques et décoloniales (1980). Pour lui, il faut avant tout comprendre et critiquer nos propres postulats et méthodes avant de s'ouvrir à d'autres. C'est dans cette perspective que l'ethnopsychiatrie se présente comme une science frontière interdisciplinaire. Dans son livre *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Devereux déplore le fait que les sciences humaines et sociales calquent leur méthode sur les sciences dites « pures ». Il s'agit selon lui d'une réaction pour éviter une certaine angoisse causée par l'imperfection des méthodologies de recherche lorsqu'on étudie des phénomènes sociaux et humains complexes et pour dissimuler l'influence que le/la chercheur-se peut avoir sur ses

résultats. Il appelle ce constat une « utilisation sublimatoire et défensive de la méthodologie », c'est-à-dire ces vaines tentatives de sublimer par ces procédés discursifs l'influence du chercheur sur ses écrits, tout comme celle du thérapeute sur la thérapie. Il s'agirait aussi d'une tentative de s'abroger la reconnaissance et du statut des disciplines dites pures⁷². Or, ce faisant, les chercheurs conservent tout de même leurs biais et leurs angles morts. Ils alimentent à son avis une vision erronée de ce que représente l'exactitude scientifique. Devereux démontre bien qu'il existe une réciprocité entre « observateurs et sujets » (participants à la recherche). De plus, l'enracinement social et culturel, l'implication psychologique du chercheur et sa personnalité, son âge, son genre, etc. sont autant de facteurs qui influenceront les résultats de ses recherches. Par effets du contre-transfert, ils déformeraient inmanquablement les données. C'est ce qu'il appelle des « perturbations ». En rapprochant le travail d'anthropologue de celui de thérapeute, il évoque plusieurs pièges à éviter lors du travail interculturel, en recherche comme en thérapeutique :

- Le premier piège est justement de nier son influence sur ses propres travaux en tentant d'invisibiliser son rôle ;
- Le fait de trouver normal ou d'accepter, dans un souci de neutralité, des comportements pathologiques, ce qui correspond au piège du relativisme culturel extrême ;
- Surinvestir ou accentuer ce qui semble exotique culturellement à nos yeux, par rapport à des données qui pourraient paraître plus banales. On peut associer ce biais à ce que Freud nomme le « narcissisme des petites différences » (Freud 1961) ;
- Dans ses mots, la « tendance à attribuer une psychologie " spéciale " à chaque groupe [...] particulièrement forte parmi les ethnologues, mais hostile à la psychanalyse, qui tendent à ignorer les traits latents qui contrebalancent les traits manifestes extrêmes » (1980 : 225).
- Le risque d'utiliser comme comparatif un *modèle de soi*, c'est-à-dire un référent « plus ou moins inconscient et partiellement idéalisé, dont [on] se sert ensuite comme d'une pierre de touche, d'une norme ou d'une ligne de base pour apprécier les autres êtres et même les objets matériels. » (1980 : 229) ;
- Le biais induit lorsqu'on « fond adaptation et normalité » (1980 : 235).

⁷² Étant physicien de formation, Devereux expose bien comment d'autres disciplines dites « pures » ou « dures » ne sont pas moins prises dans ces biais.

En somme, notre propre contre-transfert, nos fantasmes, nos résistances, nos émotions, nos idéologies, nos valeurs, etc. constituent des mécanismes de défense. Selon Devereux, ils peuvent néanmoins devenir des sources de données et de créations scientifiques. Il rappelle alors la nécessité de réhabiliter le subjectif dans l'objectif pour révéler ainsi ce qu'il appelle un « objectif authentique de l'alter » (p, XVIII). Cette méthode nécessite toutefois selon lui « une grande lucidité », mais semble cependant être condamnée à ne rester que partielle.

2.4.2 Décoloniser la méthodologie

Linda Tuhiwai Smith a formulé une puissante critique du caractère colonial des institutions universitaires (2012). Elle rappelle bien que les conceptions d'objectivité et de subjectivité et d'autres composantes des idéologies dans la recherche portent encore des influences prégnantes de la philosophie des lumières et du positivisme sur la recherche. Ce faisant, le milieu universitaire a évacué et disqualifié d'autres visions et modes d'appréhension de monde. En bref, elle rappelle qu'il existe « différentes façons d'être humain » et que les valeurs occidentales ne sont pas universelles (Ibid. 2012 : 45, ma traduction). La vision dualiste cartésienne, les notions de psyché et d'inconscient, la séparation disciplinaire des sujets étudiés, etc. ont mené à l'exclusion des discours des peuples historiquement marginalisés. En effet, la légitimité d'une idée dépend des institutions de savoir, en rapport de force face à d'autres types de savoirs et d'épistémologies. Elle met aussi en garde contre l'utilisation rigide d'un cadre d'analyse ou bien de certaines conceptions fermées de la recherche, de ce que constitue une « donnée » ou une analyse légitime et rationnelle.

2.5 Méthodologie : entretiens semi-dirigés et analyse qualitative

Cette étude est fondée sur une approche inductive et qualitative. La méthode de collecte de données a été la tenue de 14 entretiens semi-dirigés d'une durée variable, entre 45 et 145 minutes. Le projet de recherche et le questionnaire furent approuvés par le comité éthique de l'Université de Montréal. J'ai complété mon corpus par deux autres sources d'informations. D'une part, j'ai consulté attentivement du matériel de formation développé par ces intervenantes qui abordaient les spécificités de ce contexte bien précis, lorsque celles-ci acceptaient de me le partager. D'autre part, je me suis inspiré d'articles-témoignages publiés dans des revues semi-

scientifiques telles que la revue de l'Ordre des Psychologues du Québec, d'articles de journaux, d'entrevues radiophoniques et de deux livres relatant les expériences thérapeutes ayant travaillé dans le Nord.

J'ai rencontré quatre psychiatres itinérants, deux résidents ayant aussi travaillé de cette manière, sept psychologues ou psychothérapeutes itinérants et une art-thérapeute. Mes seuls critères de recrutement étaient : (1) travailler en contexte autochtone du Nord dans une discipline ayant une composante de santé mentale et (2) avoir l'intérêt à discuter avec moi de leur expérience. *L'effet boule de neige* fut amplement suffisant pour entrer en contact avec des intervenants. À la fin d'un entretien, je questionnais les participantes à savoir si elles connaîtraient d'autres collègues intéressées à me rencontrer. Le fait que cette stratégie fonctionne par réseaux explique principalement pourquoi je n'ai pas rencontré de thérapeutes travaillant sur la Basse-Côte-Nord, bien que les communautés innues de cette région soient éloignées aussi des centres et desservies de manière itinérante. Puisque l'organisation du travail à distance, l'éloignement et le déplacement représentent les intérêts centraux de la recherche, j'ai interrogé à des fins comparatives deux autres psychologue et psychothérapeute qui demeurent dans la communauté, où je me suis déplacé pour les rencontrer sur leur lieu de travail.

Les entretiens eurent lieu soit dans des cafés du centre-ville de Montréal, dans les bureaux privés des informatrices ou encore dans les cliniques ou les hôpitaux où ces intervenantes travaillaient. Suivant des questions plus générales sur leur trajectoire personnelle et leur formation, je les interrogeai au sujet des motivations à travailler selon cette formule et en contexte autochtone ; sur leur manière d'effectuer des suivis ; sur la fréquence des rencontres ; sur le travail d'équipe au sein du centre de santé ; et toute autre particularité socioculturelle de ce contexte de travail. Je m'intéressais aussi aux aspects positifs et négatifs qu'elles percevaient dans le fait qu'elles ne proviennent pas de la communauté et qu'elles n'y sont que partiellement intégrées (voir questionnaires en annexe). Il a donc fallu porter une attention à des problèmes de santé mentale qui sont abordés directement dans les communautés, les établissements ou les villages autochtones et aux suivis de patients qui ont déjà éprouvé des troubles plus graves.

Les enregistrements des entrevues furent ensuite réécoutés et annotés pour relever systématiquement les récurrences dans les témoignages. Les sections jugées importantes furent transcrites, pour faciliter l'organisation, la catégorisation au moment et l'analyse thématique

qualitative. Un pseudonyme fut accordé à chaque participante rencontrée pour s'assurer de la confidentialité de leurs informations. J'ai aussi porté une attention particulière à ce qu'aucun exemple clinique qu'on m'aurait livré ne soit reconnaissable. Cela est assuré par l'anonymat des communautés concernées.

2.5.1 Analyse et risques de confusion entre deux variables

L'analyse fut entamée au moment de la transcription et l'encodage des premiers entretiens. Les catégories d'analyse ont émergé au cours de la collecte de donnée et suite à leur organisation thématique. Les thèmes les plus récurrents se sont imposés pour constituer des sections d'analyse qu'on retrouvera dans le mémoire. Il est à noter qu'il ne s'agit pas des sections qui avaient été initialement prévues dans le projet de recherche, car plusieurs idées – si ce n'est pas la plupart - ont été induites directement par les participantes. La richesse des données a mené à la division de l'analyse en deux chapitres complémentaires. Le premier (chapitre 5) s'efforce de créer un pont entre les données et les théories ethnopsychiatriques. Le second chapitre d'analyse (chapitre 6) déborde du cadre théorique, en raison de la richesse des données qui ont trouvé écho dans d'autres courants théoriques que j'ai intégrés par la suite, telle que la psychologie postcoloniale et la psychiatrie communautaire. Ainsi, bien que la grande majorité des théories sont présentées dans le cadre conceptuel du chapitre 1, certaines d'entre elles se sont imposées de manière itérative en cours d'analyse.

Mes questions de recherche joignent deux variables : la distance géographique, occasionnant une offre de service FIFO, et la différence culturelle entre les acteurs de la rencontre. Il faut donc porter une attention constante à bien différencier ces variables pour ne pas les confondre au moment de l'analyse. Ces deux particularités du travail dans le Nord ont donné lieu à deux ordres de questions différentes lors des entretiens et donc à deux corpus de données. Le premier corpus questionne les participantes pour avoir leurs avis et leurs impressions quant aux impacts perçus positifs et négatifs de l'éloignement et du transport, sur la rencontre thérapeutique. Le deuxième corpus est plus complexe à démêler, car il concerne la culture. J'ai questionné sur divers sujets liés aux effets de la différence culturelle entre les intervenantes et les patients sur la rencontre et le travail. Les questions d'entretiens ont porté sur : les formes originales (culturellement définies) d'expression des symptômes de cette clientèle ; l'occurrence

proportionnellement différente de certains troubles dans la communauté, en comparaison à la pratique en contexte didactique ; les croyances reliées à la santé mentale qui pourraient être évoquées durant les consultations ; l'utilisation des rêves, des tambours ou d'autres éléments culturels dans les thérapies ; l'influence que peut avoir l'acte de traduction sur les thérapies et sur la formation préalable au travail dans ce nouveau contexte. Cependant, il fut parfois difficile de départager l'influence des deux variables dans le cas de certains éléments de la thérapie tels que l'interprétation de certaines attitudes des patients ou dans le cas d'autres défis rencontrés par les thérapeutes, tels que les codes communicationnels particuliers ou la perception locale de leur travail et de leur rôle.

J'ai tenté de répondre partiellement à ce biais en demandant aux participantes le plus souvent possible des précisions sur les causes présumées de ces éléments, et de comparer le plus systématiquement et rigoureusement possible les réponses. Une autre réponse conceptuelle à ce problème est de considérer la différence culturelle comme une composante de l'éloignement. Effectivement, on pourrait considérer que toute rencontre thérapeutique implique un écart culturel à un certain degré. Ainsi, on retrouverait une différence culturelle et un certain rapport de pouvoir entre une intervenante itinérante qui travaille au nord du Québec et la population eurocanadienne locale peut-être au même titre que pour la clientèle autochtone ou à un degré parfois moindre⁷³. Une mise en garde à faire concerne toutefois la prise en compte de l'histoire de la colonisation et des relations inter-groupes.

2.5.2 Biais et éthique

À la lumière des critiques postcoloniales et subalternes, il importe de tenir l'exercice réflexif personnel qui consiste à évaluer les effets négatifs potentiels et les biais de cette recherche. L'idée de l'écriture de ce mémoire m'est venue avant tout d'une interrogation théorique. Le choix de porter mon attention sur les intervenantes non autochtones et sur leur travail fut motivé par la volonté, d'une part, de ne pas « étudier » des populations colonisées, et d'autre part, de m'éloigner d'une approche étiologique des troubles de santé mentale dans ces milieux. Comme il fut présenté plus haut, la santé mentale en milieux autochtones est un sujet

⁷³ Il faut rappeler que les intervenantes rencontrent aussi plusieurs patients non-autochtones qui vivent dans ces communautés tels que d'autres travailleurs cliniciens ou des enseignants par exemple.

abondamment étudié. En outre, je postule d'emblée que la source ultime de la grande prévalence de troubles de santé mentale est la colonisation. Ces troubles ont donc une origine politique. Dans ce contexte, il m'apparaît plus constructif d'évaluer ce que les intervenantes font ou pourraient faire dans leur travail, plutôt que d'adopter une perspective uniquement critique de celui-ci. Aussi, mes valeurs communautaires, de même que mon origine québécoise et francophone ont sans aucun doute influencé mon parti pris pour le modèle interculturel et ethnopsychiatrique. Ma connaissance davantage détaillée du dispositif ethnopsychiatrique provient également du fait que j'ai été co-thérapeute dans les rencontres de groupes au sein du service ethnopsychiatrique de psychiatrie externe de l'Hôpital Jean-Talon. De par mon bagage personnel, mes influences familiales et interpersonnelles donc, je suis beaucoup plus familier avec l'approche psychodynamique ou psychanalytique en psychologie. Toutefois, faute de formation dans le domaine, je ne fus pas non plus disposé à comprendre les expressions techniques que des intervenantes pouvaient parfois tenir pour acquises. À ces moments des entretiens, j'ai essayé de demander des précisions aux participantes. Or ce fut parfois au moment de la transcription des enregistrements que je me rendis compte de certaines incompréhensions, et sans doute qu'à bien d'autres occasions, je ne m'en suis simplement pas rendu compte. L'étape de validation auprès de deux résidents psychiatres travaillant au Nord fut à ce titre très utile. Enfin, mes données proviennent de témoignages, et donc d'impressions et d'interprétations de la part des intervenantes. À la question « comment est perçu le fait de consulter dans ces communautés », par exemple, les réponses ne pouvaient être que de seconde main, puisque mes informatrices ne proviennent pas de ces communautés. Ainsi, il manque à cette étude le point de vue de patients et de membres autochtones des communautés. Cette perspective aurait contribué à dessiner un portrait plus complet de la rencontre. Bref, étant donné que je ne suis pas ni thérapeute, ni psychiatre, ni autochtone et n'ayant pas non plus d'expérience personnelle extensive avec des services de santé mentale, il faut maintenir dans ce mémoire une perspective anthropologique sur une pratique sociale importée dans un nouveau milieu.

La gêne ou l'inconfort pouvaient être ressentis au moment de parler de certains thèmes ou à l'évocation de cas cliniques spécifiques dans des communautés peu nombreuses, de peur de pouvoir identifier le client. Pour répondre à ce défi éthique, j'ai accordé une grande importance à la confidentialité des informations, des informateurs et des localités. Par ailleurs, bien que ce

mémoire soit fondé sur une approche qualitative, je n'ai pas utilisé l'observation comme collecte de données. Effectivement, en raison de la confidentialité des rencontres en psychiatrie et psychothérapie, il m'aurait été difficile d'assister aux rencontres. De plus, une ou deux intervenantes desservent chaque village. Ainsi, un « terrain » immersif étendu dans une communauté ne m'aurait donné accès à une perspective sur la pratique d'une ou de deux thérapeutes. Pour ces raisons j'ai plutôt rassemblé les données d'intervenantes psy travaillant pour divers communautés et Nations pour en tirer des constats généraux. Cette généralisation a semblé possible en raison de la structure de l'offre de service qui est la même et que les contraintes liées à la rencontre interculturelle et à l'histoire coloniale y sont aussi partagées.

Pour dé-hégémoniser les connaissances de nos disciplines et de nos modes d'intervention, il est important, selon moi, de ne pas adopter une posture *d'expert*. Il faut également être vigilant à ne pas avoir une conception de l'efficacité d'un traitement qui révélerait une projection occidentale de ma part ou même un contre-transfert culturel néfaste, dont il est question dans la critique décoloniale de Linda Tuhiwai Smith (2012). Il existe une hiérarchie des savoirs scientifiques et particulièrement en rapport à ce que certains appellent non sans condescendance les *ethnosavoirs*, soit les savoirs des groupes marginalisés. Ce dernier terme est selon moi à éviter, puisqu'il transmet à mes yeux un profond ethnocentrisme et une attitude coloniale. En outre, en santé mentale, il est de mon avis que les croyances livrées par le patient (la référence aux esprits en constitue un exemple traité ultérieurement) constitue une réalité, dans l'optique où elles affectent son vécu et son bien-être. La thérapeute doit donc se garder de décrédibiliser ces témoignages, bien qu'ils puissent à certains moments lui apparaître comme étant ésotériques ou farfelus. Bref, l'ethnopsychiatrie nous rappelle de partir de l'univers du patient et non de celui du clinicien.

Devereux (1980) mentionne les dangers de surinvestir ce qui semble original ou « culturel ». Il faudra alors être vigilant en m'intéressant aux savoirs, aux croyances, aux cosmologies autochtones, ou à l'efficacité des traitements « traditionnels », par souci d'avoir des résultats de recherche « spectaculaires ». Je risquerais d'engendrer des stéréotypes et d'*exotiser* des individus ou des groupes. Un risque analogue consiste à différencier ou, à l'inverse, à « favoriser le télescopage de cadres explicatifs différenciés » dépendamment de la vision idéologique consciente ou inconsciente du chercheur (Mayneri 2014).

Finalement, il faut être vigilant à ne pas parler qu'en termes de problèmes. Il existe des risques associés lorsqu'on suraccentue les problèmes sociopolitiques vécus par des populations. En dépeignant des situations d'impasses, cela pourrait démobiliser des individus, si l'on ne relève pas en contrepois les initiatives locales positives ou encore le dynamisme des communautés. Parler seulement en termes critiques et politiques peut aussi porter à tort l'idée que les actions individuelles ne peuvent engendrer des changements tant que les structures coloniales ne persistent. Cela crée aussi une situation malaisée où le chercheur devient un porte-voix d'une cause qui ne le concerne pas directement. Il risque ainsi d'imposer sa voix, de par son statut d'académicien. Enfin, par cette représentation négative, il peut engendrer des violences épistémiques en renforçant un effet subjectif qui mène des membres des peuples minorisés à incorporer « the subject position of a problem » (Audra Simpson 2008 cités dans Stevenson 2014 : 161 ; Berkhofer 1978 ; Kirmayer et al. 2000).

CHAPITRE 3

Les contraintes à la rencontre : le double défi d'une pratique itinérante et interculturelle

Je discuterai dans ce chapitre des contraintes et des avantages logistiques, éthiques et déontologiques posés par l'organisation FIFO du service de santé mentale.

Mise en contexte des données ethnographiques

Tel qu'évalué au chapitre précédent, le sujet de ce mémoire ne se prêtait pas à la tenue d'un terrain immersif conventionnel en anthropologie. Cette recherche repose donc sur les données issues d'une série d'entrevues semi-dirigées. J'ai rencontré les intervenantes dans différents lieux à Montréal ou dans leurs milieux de travail. À la suite de chaque entretien, je pris le temps de noter extensivement mes réflexions et les liens que je pressentais déjà pouvoir tisser entre les témoignages et ma revue de littérature. Le prochain paragraphe est un extrait de ce qu'on pourrait comparer à des notes de terrain et met bien la table aux grandes catégories thématiques qui feront l'objet de ce chapitre :

J'entre dans le *day-care* (MSDC), là où on a mis les bureaux des thérapeutes, justement pour éviter la stigmatisation. Ici, avec le froid hivernal, même les courtes distances se font en voiture. Toutefois, en bon montréalais, j'ai préféré marcher. Le froid colore instantanément mes cheveux, ma barbe et mes sourcils de blancs. Comme j'étais sur la communauté, ce serait beaucoup plus facile de rencontrer les thérapeutes. Elles semblent débordées, mais en même temps très accessibles. La réalité nordique permet une latitude qui serait impossible à avoir « dans le sud ». Ce qu'on appelle le sud ici, c'est Montréal, avec sa lourdeur institutionnelle et l'anonymat typique des grandes villes. Certaines s'y plaisent, d'autres, comme plusieurs des thérapeutes que j'ai rencontrées, profitent du Nord. Elles arrivent parfois à la recherche d'une liberté, ou d'un nouveau sens à donner à leur travail. Ici, elles peuvent exprimer une flexibilité confortable, prendre des patients à l'improviste ou adopter des stratégies peut-être moins standardisées. Mais cette liberté est aussi angoissante par moments : « ce n'est pas fait pour tout le monde » qu'une me dit. L'autre revers de médaille, c'est les remises en question presque quotidiennes, les dilemmes éthiques auxquels elles ne sont pas préparées, et parfois, un grand sentiment d'impuissance. En effet, elles semblent faire face à une charge de travail impressionnante, et être davantage occupées à « éteindre des feux », plutôt qu'à faire du travail de fond, à se demander, pour certain, s'il s'agit vraiment de psychothérapie, ou d'un travail psychique d'une autre nature... Mais en même temps, malgré les défis, les intervenantes rencontrées me parlent avec passion de leur pratique "riche et colorée". (Extrait de carnet de terrain)

Ce chapitre est le premier de deux consacrés à la présentation des données recueillies. Il reprend les thèmes liés à l'organisation du travail, des défis spécifiques qui y sont associés, la notion de

nomadisme, de continuité et d'alternance des services. Il traite aussi de la posture d'étrangère dans laquelle les intervenantes se retrouvent. J'ai temporairement mis de côté la question de la différence culturelle, car elle est abordée au chapitre suivant. L'organisation FIFO donne lieu à des visites de médecins qui ne connaissent pas toujours en profondeur les particularités des communautés. De plus, l'absence d'interprète et la réticence des usagers à se confier avant d'avoir établi un plus fort lien de confiance consistent en autant de causes qui pourraient donc conduire à des évaluations erronées et se posent en défis pour les intervenantes. Toutefois, cette organisation du soin comporte également des avantages liés à la confidentialité et à la confiance, de par la posture d'étrangères que les intervenantes adoptent. La première étape de ce chapitre consiste en une description de l'effet que l'éloignement aurait sur la pratique et des particularités de la structure de soin. Je nommerai ensuite des effets rapportés de l'isolement relatif des communautés et de la faible démographie.

Le numéro de mars 2018 de la revue « Psychologie Québec » (publication de l'ordre professionnel) fut consacré au travail en contexte autochtone et sortit durant la rédaction de mon analyse. Y sont relevés plusieurs éléments de ce contexte que les participantes avaient aussi nommés. Les principaux thèmes convergents concernent (1) le contexte d'isolement relatif et (2) de relations historiques entre Allochtones et Autochtones. Ces conditions créent des conflits déontologiques tel que le défi de voir en consultation plusieurs membres d'une même famille, des amis ou des collègues et des conflits d'intérêts récurrents. Le numéro mentionne aussi la difficulté pour les thérapeutes à tisser une relation de confiance avec le patient et à maintenir sa posture professionnelle. Les auteurs rappellent aussi l'importance de prendre en compte le contexte particulier (différence culturelle et sociale). Ils réitèrent également l'importance d'avoir une approche de sécurité culturelle dans ces contextes. L'ensemble de ces composantes du numéro seront reprises ici, car elles ont aussi apparue de mes données comme faisant partie de la pratique quotidienne des intervenantes que j'ai rencontrées.

3.1 Profil des thérapeutes, trajectoires personnelles et motivations

Les intervenantes rencontrées étaient d'âges variés. En évaluant brièvement une tendance dans leur profil, elles étaient soit assez jeunes, en début de carrière, sans trop d'attaches ou de famille à charge ; ou bien plus âgées, alors que les enfants sont plus vieux, ce qui permet de longues absences plus facilement⁷⁴. En effet, six intervenantes étaient dans la trentaine, en début de carrière et cinq avaient 60 ans ou plus, et une carrière éprouvée derrière elles. Claude, psychologue, me disait que ses collègues thérapeutes ont « presque tous passé la cinquantaine », et sont ainsi « plus libre ». Aussi, la participante à avoir débuté ce travail le plus récemment le faisait depuis quatre (4) ans. Bien que mes données ne soient pas statistiquement fiables, le nombre d'années de rétention du personnel serait plus élevé, en rapport au roulement d'employés des autres professionnels de la santé (infirmières, travailleurs sociaux, nutritionnistes, etc.)⁷⁵. Un peu moins de la moitié des intervenantes étaient issues de l'immigration (de première ou deuxième génération), ce qui pourrait estomper une représentation dichotomique de la rencontre colonisateur-colonisé qu'on pourrait imaginer. Plus d'une thérapeute évoquait justement l'hypothèse que son expérience de migration l'aurait aidé dans son travail : « du fait de venir d'une autre culture, jeune, je n'aimais pas qu'on m'enferme ». À ma surprise, plusieurs avaient des expériences d'ethnopsychiatrie aux hôpitaux Jean-Talon et Maisonneuve Rosemont. D'autres encore avaient des formations en transculturel via l'université McGill et son service de consultation culturelle (CCS), basé à l'Hôpital Général juif de Montréal. De plus, elles semblaient presque toutes avoir un intérêt marqué pour les cultures autochtones à un niveau qui dépassait le cadre strict de leur travail. Elles avaient aussi pour la plupart de l'expérience avec les défis liés aux différences culturelles en thérapie. Pour Espérance, psychologue formée aussi à l'anthropologie et à l'ethnopsychiatrie, « mon intérêt [pour ce travail] est d'abord anthropologique : leur manière de raisonner, de jongler avec les religions, etc. ». Plusieurs m'ont d'ailleurs référé à des ouvrages d'ethnopsychiatrie, de psychiatrie transculturelle, sur la sécurité culturelle ou à d'autres posts coloniaux de la santé mentale. Il m'apparaît possible de postuler,

⁷⁴ Cette tendance pourrait être similaire à ce qu'on retrouverait en aide humanitaire et en solidarité internationale.

⁷⁵ Toutefois, cette impression est peut-être biaisée par le fait qu'on m'ait référé des intervenantes ayant une longue expérience, par rapport à d'autres avec moins d'expérience. De plus, certaines m'indiquaient qu'il y avait parfois de longues périodes, dans certaines communautés où le poste de thérapeute demeure vacant.

que les thérapeutes présentaient déjà pour la plupart un haut degré de sensibilité aux enjeux d'injustice sociale, de pouvoir et à des approches alternatives des soins en santé mentale avant de commencer leur travail dans le Nord. Ensuite, comme nous le verrons ultérieurement⁷⁶, elles furent pour la plupart encore plus sensibilisées à force d'être confrontées directement aux conséquences multiples et complexes de l'histoire coloniale en les adressant justement dans la clinique au travers de leur expression en termes de troubles psychiques.

Concernant les motivations à entreprendre ce travail, bien que la question n'ait pas été abordée systématiquement lors des entrevues, certaines raisons furent évoquées. Espérance, par exemple, me disait « je me suis dit, ça fait 10 ans que je vis au Québec, et je n'ai jamais vu un autochtone... » Dans le cas d'Alix :

Je m'ennuyais, j'avais besoin d'un défi. J'étais supposée en fait faire Médecins sans frontières [rires] j'avais appliqué, le processus tout formel, j'avais fait deux (2) étapes, mais ça leur prenait du temps ! J'ai écrit à un ami qui travaillait dans le nord et il me dit 'si t'as besoin d'un challenge'. [...] Chuis pas retournée au CLSC, pas retournée au MSF. Et t'as moins besoin d'un challenge quand tu fais ça une fois par mois [...] C'est sûr qu'avec les années c'est de moins en moins un challenge ... Ils sont très sélectifs. C'est à cause de l'histoire.

Le travail dans le Nord correspondrait ici donc à un désir de devenir un vecteur de changement social via une implication à vocation humanitaire.

3.2 Nomadisme et continuité relationnelle des soins

L'extrait d'entretien suivant fut tenu avec Alexis, psychologue spécialisée en trauma et formatrice en intervention de crise en santé mentale dans des écoles du Nord pendant 18 ans. Elle y tenait aussi des consultations de psychothérapie selon une structure FIFO :

Alexis : Comme j'y allais une fois par mois, mois et demi, donc là aussi, c'était très conscient qu'il y a des choses que je vais pas toucher, ou en tout cas, si j'ouvre une porte, je travaille beaucoup avec les travailleurs locaux, communautaires et je leur disais, bon, on écrivait le plan d'intervention, que j'aimerais qu'elles rencontrent telle personne et qu'elle posent telle ou telle question, qu'ils voient comment ça se passe... C'était très très concret... Et je revenais et puis là bon on voyait la personne... [...]

E.B. : Est-ce que vous, est-ce que des fois ça arrive de faire des suivis par téléphone ?

⁷⁶ Section sur les particularités dans la clinique, prochain chapitre et la section 5.6 sur le rétro-choc-culturel (chapitre 5).

Alexis: Oui, oui pour ceux que je trouvais plus... vulnérables.. ou ça n'allait pas, ou [qui avaient] des idées suicidaires, ou violents, ou ces périodes plus difficiles, oui, là il avait cette possibilité de faire des consultations téléphoniques... [...]Lorsqu'on le recommande, mais c'est des cas plus exceptionnels... oui... Éthiquement parlant, on peut pas laisser ça dans les airs, ou je demandais de venir ici...

E.B. : Ah ça arrive des fois qu'ils viennent, qu'ils se déplacent ?

Alexis : Oui et là il y avait pour une semaine, des rencontres plus intensives, trois fois semaines euh... Une heure... J'essaie de ne pas faire plus d'une heure et demie parce que c'est ouhf... je donnais des pauses parce que c'est [épuisant].

D'emblée, la structure FIFO de ces travailleuses peut surprendre par ses différences en rapport au soutien psychique conventionnel. Espérance, thérapeute formée à l'ethnopsychiatrie, postulait que les psychologues volants pourraient bien s'inscrire dans « un univers autochtone semi-nomade ». Cette structure de travail aurait le potentiel de bien s'intégrer à des logiques locales. Cette organisation entrerait alors peut-être plus en conflit avec les conceptions occidentales de l'accessibilité, de la continuité et de la stabilité qu'avec celles du Nord. Dans cette perspective, le nomadisme des intervenantes n'équivaut pas à une discontinuité et à une rupture dans le service.

La structure FIFO de soin pourrait apporter des avantages et non pas seulement des inconvénients : « Ce n'est pas très grave de partir, mais l'important c'est de revenir » (Espérance). C'est en continuant cette pratique pendant longtemps que les thérapeutes démontrent leur engagement envers la communauté et gagnent progressivement la confiance de ses membres :

J'ai vraiment développé l'humilité et la flexibilité. Mais c'est difficile de développer une relation thérapeutique avec une continuité, quand tu sens qu'elle a vraiment besoin d'une continuité, que la personne a des enjeux d'attachements profonds, parce que avec les écoles résidentielles... Je parle au piff là, mais y'a peut-être 80% des gens qui ont des problèmes d'attachement. Et les problèmes d'attachement demandent présence, constance, cohérence. Mais si j'ai aucun cadre, et j'impose aucun cadre, c'est difficile de créer cette solidité-là... Donc c'est vraiment une frontière qui est mince entre, être plus proche, être plus flexible, mais... pas trop ! Pour réussir à savoir quand est-ce qu'il faut mettre le cadre. Quand est-ce qu'il faut... Ça varie d'une personne à l'autre, et y'a des choses que j'ai pas voulu faire au début que je fais maintenant (Charlie, psychologue).

Tous les intervenants m'ont également évoqué les avantages du FIFO pour relever les défis de la confidentialité dans des petits milieux :

On dirait qu'ils aiment mieux ça, quitte à ce que ce soit moins fréquent, mais que ce soit tout le temps la même personne, tu sais ils aiment mieux te voir moins souvent, mais que tu continues pendant des années, qu'au lieu de te voir à chaque semaine, mais qu'au bout de six mois ça ne change de personne... Ce que je ne croyais pas au début, tu sais, je pensais que ça allait être plus un handicap que ça, mais les gens sont vraiment contents que je ne vive pas là (Camille, psychiatre).

Pour Laurence, psychiatre, l'accessibilité, qu'on assimile habituellement dans les médias et les rapports gouvernementaux au manque de ressource ne semble pas présenter un problème ou un enjeu majeur dans le Nord :

En moyenne le temps pour me voir c'est un mois et demi, un mois et demi ! À Montréal c'est pas ça l'attente pour avoir un médecin psychiatre, si tu vas à St-Jérôme c'est quasiment un an... Parce que [les services] sont bien pensés. Ils sont planifiés en fonction d'une intermittence, pis en fonction du fait que je ne suis pas la personne la plus importante là-dedans, j'aide c'est important ce que je fais, mais le médecin de famille il est sur place, il fait tout plein d'affaires... (Laurence psychiatre).

Ce dernier témoignage, tout comme dans l'extrait précédent d'entretien avec Alexis au début de cette section (4.2), souligne l'importance du travail d'équipe et de valider, de faire confiance et de protéger les autres travailleurs de la santé. Jade, une autre psychiatre était un peu plus nuancée sur le plan de l'accessibilité. Pour elle :

La psychiatrie est moins disponible, mais très disponible en même temps [dans le Nord]. Dans le sens que, si un médecin veut que je voie un patient, ma liste d'attente est vraiment courte, je vais le voir en dedans d'un mois, c'est très rare que ça va aller à deux mois, et si c'est quelque chose qui presse un peu, ça va aller à deux semaines. Mais les services non psychiatriques de soin de santé mentale sont beaucoup moins présents, y'a beaucoup moins accès à la thérapie... tu sais y'a un psychologue pour tous les villages... Ça fait que, ce que je reçois, c'est probablement des gens de la première ligne qui n'ont pas besoin de me voir, mais qui ont besoin de thérapie (Jade, psychiatre).

En surcroît, en milieu inuit, les psychiatres sont amenés à « traiter les besoins de thérapies et autres soins ailleurs considérés comme relevant de la première ligne des services de santé. De plus, « ce que tu n'as pas, c'est des services psychiatriques surspécialisés » (Jade) qui ne s'offrent que dans le Sud.

Une étude de Lily Lessard (2015) rapportait un *focus group* tenu en 2007 mentionne :

Du côté de l'Hudson, l'abolition des postes de psychologues en 2005 pour des raisons administratives a été dénoncée par les participants, car selon eux, elle réduit significativement la capacité d'intervention en santé mentale des équipes locales et régionales. Pour Kuujuaq, les présences d'un psychologue et d'un médecin omnipraticien souhaitant s'investir dans l'amélioration des services en santé mentale ont été présentées comme des éléments contextuels influençant très positivement l'offre de services en santé mentale dans cette communauté et cette sous-région.

Concernant plus spécifiquement la psychiatrie, en restant en contact à distance avec l'équipe, Laurence considère offrir une excellente continuité dans les services qu'elle offrait : « même si je suis là de manière intermittente – une semaine aux trois mois – mon lien avec eux n'est pas rompu par mon absence » (Laurence, psychiatre). Ainsi, la téléthérapie représente une partie importante et complémentaire des travailleurs itinérants.

3.3 Téléthérapies (psychologie et psychiatrie)

J'entends par téléthérapie le recours à des vidéoconférences, au logiciel *Skype* ou d'autres suivis téléphoniques. Cette pratique se généraliserait dans le travail des thérapeutes, non seulement dans le Nord du Québec. En santé mondiale, ce mode de travail serait « en ébullition » (Duclos 2013). Toutefois, les participantes ne semblent pas toutes partager la même attitude à l'égard de cette pratique et ne l'appliquent pas également. D'une part, pour Jade, psychiatre, l'évaluation psychiatrique serait « assez facile » via vidéoconférences. Par contre, cette pratique poserait des défis beaucoup plus grands pour ce qui est de la composante psychothérapeutique du travail psychique puisqu'elle m'affirmait que sa pratique au Nord nécessitait d'elle souvent un travail de psychothérapie. Les affects seraient difficiles à distance à interpréter en raison de la mauvaise qualité de l'image et du son et des difficultés à avoir accès au non verbal. Elle y consacrerait tout de même en moyenne deux journées et demie par semaine (entre une et trois), pour faire des suivis et tenir des rencontres à distance. Ces dernières seraient plus longues qu'en face à face et poseraient d'autres défis. Elle doit s'assurer que quelqu'un accompagne les patients, surtout dans les premières rencontres : « Au début je voulais toujours qu'il y ait quelqu'un dans la salle, maintenant chuis plus à l'aise, mais il faut que je connaisse le client. » Toutefois, la présence d'un tiers pourrait engendrer des réticences à s'ouvrir sur des sujets sensibles et soulèverait des enjeux de confidentialité. De plus, Jade me confiait ressentir un stress constant lié au fait qu'elle ne sait « jamais quand ça va planter ». Elle craint que la connexion ne coupe à un moment où le patient est en détresse ou fragile : « ça arrive quand même, c'est rare, mais assez souvent pour qu'on soit sur nos gardes, si jamais le patient est en détresse et ensuite ça coupe... » Claude me parlait aussi des ruptures de connexion : «

Là on a pas le skype parce que la bande [connexion] n'est pas assez forte dans la communauté, faqu'on n'a pas un contacte euh continu, tu sais tu vois pas la personne et c'est coupé 4-5-6 fois par sessions

euh... Le téléphone cellulaire on l'a maintenant depuis 2007 – 2008, quand même assez récent, et là c'est sûr que les gens peuvent appeler de chez eux et moi j'ai un forfait qui me permet d'appeler tout le temps, alors ça, ça fonctionne bien (Claude, psychiatre).

La téléthérapie exigerait aussi plus d'efforts et d'énergie de la part des thérapeutes pour « Rester en contact et pour suivre le contenu émotif » (Jade). Le rythme de la rencontre serait différent à cause des délais de transmission, d'autant plus que l'anglais est généralement la deuxième langue des patients : « [...] on se base beaucoup en psychiatrie sur la communication pour savoir s'il va y avoir désorganisation de la pensée, ou, est-ce que la personne a des problèmes cognitifs en lien avec la psychose. Il est donc très difficile de faire des diagnostics de troubles cognitifs » (Jade). Les thérapeutes rencontrées éviteraient et parfois refuseraient de tenir les premières rencontres à distance à l'exception d'urgences. Le recours à des suivis à distance est donc plus aisé lorsque patient et soignant se connaissent et se « font plus confiance » (Jade). En contrepartie, Laurence m'affirmait aussi que « parfois ils [les patients inuit] préfèrent parler au médecin omni qui est là [dans le village] plutôt qu'au médecin à Montréal qu'ils ne connaissent pas plus qu'il faut ... » (Laurence). Camille, aussi psychiatre, abonde dans le même sens : « Y'en a beaucoup qui, au téléphone, n'aiment pas ça. Finalement ils préfèrent voir quelqu'un en personne une fois par deux mois que de parler avec quelqu'un... Y'en a d'autres qui font les deux ».

Psytiéraire 1 : la réputation

L'anecdote suivante fut racontée par Dominique, psychothérapeute. Elle illustre à la fois certains défis et certains bénéfices à travailler dans de petites communautés. Leur fonction de thérapeutes les suit aussi en dehors du milieu de travail. Elles croisent régulièrement leurs clients dans le village et ne peuvent souvent pas effectuer de coupure nette entre le travail et la vie personnelle. Il émerge alors de cette situation originale des enjeux de confidentialité, de confiance, de bouche à oreille et de réputation, qui peuvent être mobilisés en bien ou en mal, selon le contexte.

Des événements des fois un peu cocasses, loufoques si je puis dire ... Un de mes clients qui est sobre depuis trois ans euh... Est au centre commercial et à ce moment-là, honnêtement, y'a d'air saoul... Et il vient me voir, il vient m'aborder. Et y'a deux autres messieurs qui arrivent, qui sont les pères de deux enfants que je suis, deux enfants différents. Behn c'est deux messieurs là savaient pas qu'il était aussi un de mes clients, et ils pensaient qu'il venait s'en prendre à moi. Fait que eux-autre ont intervenu et on fait les *bouncers* si j'peux dire... Et le premier monsieur me dit "quant-est-ce mon prochain rendez-vous, j'ai oublié ?" Et je le regarde et je dis "écoute, as-tu pris ton blood sugar ?"

Ahh il me regarde et dis non je l'ai pas pris ce matin. Je demande « t'as-tu mangé ? ». - « Non j'ai pas pris l'temps d'manger à matin, on avait des trucs à faire.. »

Et j'lui demande "As-tu l'impression que t'as pris un ou deux shots ?" Et il me regarde euhh "ouais". Et t'as les deux autres messieurs aux côtés et je leur dis : là vous allez au café à côté lui acheter un gâteau et un verre de jus d'orange, y'est en hypoglycémie quand y'est comme ça, y'est pas saoul. [détails de l'histoire]

Cet incident-là a fait en sorte que des *elders* dans la communauté ont dit, « ah Dominique, quand elle suit quelqu'un, il est entre bonne main ». Et y'a des *elders* que je connais pas pantoute me saluent aujourd'hui qui avant ne me saluaient pas. Et un des messieurs proches de ce monsieur-là est venu me voir en *walk-in* par la suite... (Dominique, travailleurs social et psychothérapeute)

3.4 La posture de l'étranger, anonymat et confidentialité

Un préjugé personnel que j'avais au moment d'initier cette recherche était que l'organisation actuelle des services psy était insatisfaisante en raison de l'origine allochtone des thérapeutes et de leur étrangeté par rapport à la culture et l'univers des usagers autochtones. Ces conditions, sont jointes à l'absence de formation spécifique préparatoire et le tout sur fond de rapport de pouvoir et de colonialisme. La condition particulière d'une petite communauté nordique crée une dynamique où la confidentialité et la neutralité sont impossibles à maintenir pour ceux qui vivent en permanence ou sur une longue période. En me parlant de formation en intervention de crises qu'elle insistait pour donner aux travailleurs locaux des communautés Cris comme au Nunavik, Alexis me disait :

Après la formation, les gens de l'équipe sont venus me voir en me disant, « C'est trop de responsabilités, c'est trop lourd, on n'a pas tout le... toute la, tout ce qui vient, le background ». Pis toutes les connaissances et aussi être impliqué dans une petite communauté, si on fait une action, on peut être jugé, les gens réagissent. Ce qui n'est pas le cas pour nous, qui venons et qui partons et il y a aussi tout le... que ce soit chez les Inuits ou les Cris, les rumeurs. Donc il y a beaucoup de méfiance, de *gossiping*. Bon « toi tu pars au moins avec ce que je te dis, avec mes secrets » (Alexis, psychologue).

On comprend que la posture de l'étranger comporte des avantages. Ils furent systématiquement énoncés lors des entretiens. Les patients affirmeraient explicitement des choses comme : « je te confie mes problèmes, et tu pars avec ... » ou encore : « si tu étais autochtone, je ne te dirais pas tout ça [...] ». Espérance me disait, à partir de son expérience : « ils sont à peu près tous parents ils ont l'impression que si c'était un [autochtone] ce ne serait pas confidentiel... » (Espérance, psychologue). Certaines informatrices me racontaient que des patients se sont plaints à elles qu'après une cure de désintoxication, une tente de sudation (*sweat lodges*), ou d'autres pratiques

de guérison en groupe, leur histoire aurait été ébruitée et ils en auraient subi des répercussions. En contrepartie, les filtres relationnels et les codes culturels ne seraient pas les mêmes par rapport à ce qui est tabou ou non : « ils sont les premiers à aller en parler à la radio, où à dire « j'ai fait cinq thérapies » et maintenant, avec *les réseaux sociaux*, ce serait encore plus le cas qu'avant » (Espérance). Enfin, considérant les conflits et tensions internes au sein des groupes (certaines me parlaient de rivalités de clans, notamment dans le cadre d'élections), cette posture d'étranger offrirait de la neutralité et du recul.

En bref, les services FIFO semblent tout de même comporter certains avantages. Toutefois, une autre forme de méfiance émergerait de cette structure. Des patients hésiteraient à s'ouvrir sur des sujets sensibles avant de savoir, si la thérapeute reviendra et si cela vaut la peine pour le patient de s'investir dans un processus thérapeutique. Par ailleurs, ils ne savent pas, à l'arrivée de nouvelles intervenantes dans la communauté, quelle sera son attitude, si elle sera infantilisante, raciste, colonialiste par exemple.

La distance géographique permettrait aussi aux intervenantes de prendre un recul, c'est-à-dire un moment pour se détacher ou se décentrer en terme ethnopsychiatrique. Dans les mots d'une participante : « [je peux mieux comprendre] l'aspect culturel qui faisait que ma cliente agissait comme ça, et que moi je ne voyais pas et qui était en conflit avec ma propre culture, par exemple [...] en trauma de l'enfance ou en violence conjugale... » (Charlie, psychologue). Alix abonde dans le même sens :

Le mois après j'ai d'autres clients d'autres communautés, alors j'oublie un peu, y'a comme un détachement qui se passe [...] Deux mois, ça va vite, mais t'as quand même le temps de te détacher. Ouais tandis que si j'allais à la même communauté à chaque mois... Oui j'aurais été plus *on top of things*, mais en même temps, ça va vite trois semaines, t'es dans le sud trois semaines, et après tu montes. Ça passe vite ... j'aurais moins cet espace de me détacher... (Alix, psychothérapeute).

Pour avoir accès à l'autre revers de la médaille, j'ai rencontré deux thérapeutes qui vivaient sur place et qui ont relevé des obstacles à leur pratique : « On est une petite communauté hein, alors les gens nous connaissent, nous voient. Il arrive que je me fasse arrêter au centre commercial ... Qu'on se fasse arrêter dans les magasins et me faire dire 'heille tu peux tu voir ma mère ?' ou 'comment je fais pour aller te voir'? ... » (Dominique). Ils se seraient fait aborder « en sortant les poubelles ou bien en déneigeant sa maison ». Le défi de la confidentialité se retrouve aussi dans la rédaction des notes. Certaines craignent que d'autres collègues du village

ne les lisent : « On ne peut pas mettre "a été abusée sexuellement, physiquement et psychologiquement", mais plutôt parler de multitraumatismes variés et les autres devront décoder... » Les archives ne suivaient non plus aucune norme, et cela ajouterait un stress supplémentaire. Elles resteraient donc floues et n'indiquent aucun « détail croquant » dans les dossiers, tandis qu'au Sud, les notes seraient beaucoup plus précises. Les défis liés à l'éthique et la déontologie sont imbriqués dans cette même dynamique de rencontre et de services FIFO, que j'élabore dans la prochaine section.

3.4.1 Éthique et déontologie

Les conflits éthiques presque quotidiens seraient une autre particularité de la pratique. Étant soit la seule, ou une des deux intervenantes à travailler au village, et « à 500, tu connais tout le monde personnellement ! » (Camille, psychiatre). À vivre sur place, s'ajoute la difficulté à entrer en relation, comme Jade l'exprime bien dans l'extrait qui suit, car tout le monde représente un patient potentiel :

Les enjeux au niveau du fait que je ne sois pas du village : je suis une étrangère, alors les gens peuvent se fier à moi... Les gens m'ont déjà dit "Tu sais un tel, un travailleur social ou un infirmier, je le vois au bar, et il boit, alors peut-être il va parler et on ne lui fait pas confiance..."

Et ça me permet de maintenir une vie privée. Il est difficile de développer des amitiés sans avoir de réticence, parce que ça peut être notre patient... En même temps on ne connaît pas la culture, on est étrangers, je pense que pour certaines personnes ça peut créer une barrière, par peur qu'on ne comprenne pas... Ou on représente le colonisateur... Mais franchement ... Y'a personne qui me l'a dit. S'ils pensent à ça, c'est plus caché, ou c'est plus quelqu'un qui est désinhibé qui va me le dire quand y'est très fâché, mais quand y'est pas fâché il me le dira pas, donc ça c'est un questionnement que j'ai, mais je n'ai pas de preuve... (Jade, psychiatre)

Des dilemmes éthiques surviennent aussi au moment de suivre plusieurs membres d'une même famille en thérapie : « dans le sud on n'aurait jamais des situations éthiques comme ça ! Avec mon ordre professionnel, quand j'ai commencé, je ne peux pas dire à la maman 'je te réfère à une autre CLSC ou un autre thérapeute, y'en a pas ! Ce qu'on fait c'est d'établir des balises bien bien claires. À titre d'exemple : si je vois la mère et la fille, et elles me parlent de chicanes qu'elles ont eues ensemble, je ne m'intercède pas... Je vais ramener à l'objectif de travail qu'on a. » Dans un même ordre d'idées, est-ce imaginable d'accompagner en thérapie son voisin, son patron ou bien un collègue ? La limite déontologique est donc parfois obligatoirement

transgressée en vertu du principe de *l'intérêt supérieur du client*⁷⁷ (Houde 2018). Certaines situations en apparence problématiques pourraient être utilisées pour faciliter leur travail : « Est-ce potentiellement enrichissant ? Peut-être, mais il y a des difficultés et des défis de "ne pas ses mettre les pieds dans les plats" (Dominique, psychothérapeute). Parfois ils doivent refuser des patients. Dominique me parlait d'un fils et d'une mère qu'elle suivait, alors que le père est venu la voir : « Là c'est trop. Les deux autres ventilent par rapport au père, et avec ce que les deux me ramènent, je ne serai pas capable d'être neutre par rapport à Papa... Même si j'étais seule ici, je serais obligée de dire non... » Comme solution alternative, elle référerait parfois les patients aux travailleurs communautaires qui lui semblent très neutres et, à sa surprise, capables de garder une distance professionnelle malgré la proximité qu'ils ont avec la communauté. En bref, la neutralité professionnelle et le transfert dans sa conception classique sont des outils compromis en raison de la condition démographique et géographique du milieu.

Charlie, psychologue qui a fait le choix d'emménager définitivement dans le village abondait dans le même sens sur le plan des dilemmes. En demeurant sur place :

Ça amène cette dynamique où est-ce que tu as tout le temps à te questionner, bon qu'est-ce qui fait plus de tors ou moins de tors ou qu'est-ce que la bonne chose à faire ? Et il n'y a pas, en tout cas ce que je trouve, chuis arrivée pis effectivement y'avait peu de recherches qui pouvaient me permettre de m'donner une ligne directrice sur ce que j'dois faire... Fait que ça m'a amenée à tout le temps faire une espèce de distance et me questionner, essayer de faire un processus éthique quand j'avais des questions...

Par contre, elle privilégie tout de même l'option d'y demeurer, par rapport au FIFO, car cela lui permettrait une meilleure implication dans la communauté, plus de travail en partenariat, et une plus grande disponibilité. Elle m'affirmait qu'en restant sur place, elle aurait diminué sa liste d'attente, qui était de deux ans et demi, trop occupée qu'elle était au départ à « éteindre des feux ». L'urgence l'empêchait alors d'approfondir la « composante intrapersonnelle » du travail

⁷⁷ L'article 23 du code de déontologie de l'ordre des psychologues « Le psychologue subordonne son intérêt personnel ou, le cas échéant, celui de son employeur ou de ses collègues de travail à l'intérêt de ses clients. Selon une chronique de Houde dans la revue de l'ordre des psychologues (2018) « S'il n'y a qu'un psychologue pour desservir la communauté, l'intérêt supérieur du client est de recevoir un service professionnel. Puisqu'il est impossible d'offrir le meilleur service possible (des psychologues différents pour les différents membres de la famille), le psychologue pourrait appliquer le principe du moindre mal. Ainsi, entre n'offrir aucun service, ce qui pourrait nuire au client, et offrir un service malgré la situation de conflit d'intérêts, il cherchera à aménager un service qui sera acceptable malgré une situation imparfaite. Par contre, s'il est impossible d'offrir un service de qualité, le psychologue veillera à ce que le service puisse être modifié, adapté et offert par un autre professionnel qui interviendra en respectant son champ de compétence... s'il en existe sur le territoire. Dans le pire des cas, le psychologue pourrait recommander de consulter à l'extérieur du territoire si les ressources le permettent. »

de thérapeute, et elle se sentait enlisée par les causes sociales des troubles auxquelles elle est confrontée en thérapie (sécurité des clients, condition de vie, intervention de crise, etc.).

La question éthique des cadeaux et de la redevabilité a aussi été évoquée lors d'au moins quatre entretiens, à propos de dons de produits de la chasse et de la pêche par exemple. Pour Lou, thérapeute, la réciprocité dans la relation est cruciale au développement d'une alliance. Les psychiatres ont semblé être moins aux prises avec ce genre de dilemmes éthiques, sans doute en raison de la nature différente de leur travail et du fait qu'elles y séjournent moins longtemps. Elles utiliseraient même parfois la proximité du groupe à leur avantage : « quand je suis plusieurs membres de la même famille, ou que quelqu'un va parler de l'histoire d'un autre patient, finalement, avec le temps, on finit par comprendre un peu c'est quoi les liens. Mais ça prend je crois une dizaine d'années ou plus pour mieux comprendre et s'adapter » (Jade, psychiatre).

La distance professionnelle serait donc pratiquement impossible à maintenir. Espérance me racontait qu'elle recevait souvent des enfants à la maison de transit pour jouer, ce qui serait mal perçu par certains, car cela affecterait la distance professionnelle avec d'éventuels clients issus de ces familles. À ces objections, elle répond « tu travailles, tu travailles, mais tu veux vivre aussi... une retraite [c'est] lourd ça... ». Selon elle :

Les thérapeutes, on ne sera jamais vraiment intégré. On est un peu à part, tout en étant un peu là... On voit au moins quelqu'un dans chaque maison... Un jour je vais sortir mes poubelles et un monsieur me dit "je vais me suicider comme mes trois frères." Donc, si je vais sortir mes poubelles et quelqu'un risque de venir me dire ça, là est-ce que j'ai envie le samedi et le dimanche d'être là-dedans ? ... Et quand c'est hors du contexte comme ça, ce monsieur-là, parfois il entre [dans mon domicile] et il rentre et me dit ... "est-ce normal que je pense tout le temps à l'abus que j'ai eu quand j'avais six ans ? ". Et il vient parce que je suis la psychologue, et je lui dis ", mais venez me voir à mon bureau ! " ... Mais il ne vient jamais au rendez-vous... C'est spontané, mais c'est ça, c'est se dire que si je sors de la maison, c'est du travail... (Espérance, psychologue).

Plusieurs psychologues m'ont confié se sentir un peu à part, en comparaison aux autres travailleurs allochtones (enseignants et infirmières) en raison de la nature de leur travail. En effet, le soutien psychique implique une relation mais aussi une certaine distance entre les acteurs et un important degré d'intimité et de confiance. De plus, il s'agit d'un travail fondamentalement solitaire. De ce fait, l'intégration dans le groupe est difficile pour les travailleuses. Pour certaines, elle n'est pas nécessairement souhaitable ou au moins, présente de nombreux écueils.

3.4.2 Interprétariat et médiation interculturelle

Plusieurs me rappelaient l'importance d'intégrer les travailleurs locaux qui proviennent de la communauté dans leur travail, en contrepoids au roulement important d'employés et à leur propre nomadisme :

Et là je viens de terminer le contrat, qui était long, parce que là j'avais mis un cadre très clair, que... je veux des locaux, des [autochtones], pas des gens qui sont en visite, parce qu'ils partent avec la formation et ça c'était très clair, très très clair, et très important que la formation de base soit trois jours, et s'il va avoir un *follow-up* un an plus tard, je veux revenir et entre-temps ils vont avoir des choses à faire. Et euh... des choses à faire pour monter l'équipe. Parce que lorsqu'il n'y en a pas, il y a un impact sur tout le monde. Quand je dis intervention de crise, ce n'est pas aller à l'école voir un jeune indiscipliné qui a des problèmes de comportements, c'est comme par exemple, disons qu'il y a un suicide, behn là il y a tout un impact. Un accident d'auto, il y a un blessé, ou bien quand quelqu'un qui est en état d'ébriété et qui tire parce que les armes sont accessibles, dans la communauté, proche de l'école... L'impact que ça a dans la communauté scolaire... et qu'est-ce qu'on fait, quand, comment on gère ça et quand est-ce qu'on réfère à des professionnels si jamais il y a un choc euh post-traumatique... » (Alexis, psychologue spécialisée en traumatismes)

Le recours à un interprète ou médiateur constitue une autre option possible pour intégrer des aidants locaux, car ils partagent beaucoup d'éléments « culturels » avec les clients, du fait d'avoir vécu dans la communauté. Ils éprouveraient parfois des fortes contraintes de confidentialité posées par la nature sensible des sujets adressés ou par le statut stigmatisant des problèmes de santé mentale. Certaines psytinérantes n'auraient alors recours qu'en cas d'« extrême nécessité », souvent pour traiter des aînés qui ne parlent « vraiment pas la langue » (Camille). Les travailleurs communautaires, parfois appelés « agents culturels » peuvent servir de référence externe, pour valider certaines intuitions, puisqu'ils proviennent de la communauté. Certains thérapeutes semblent travailler en plus étroite collaboration avec celles-ci. Pour d'autres thérapeutes, cette pratique leur apparaissait étrangère, n'arrivant pas toujours à me décrire en quoi consistait leur travail.

3.5 Autres dynamiques de village, de petites communautés et isolement relatif ⁷⁸

Ça c'est difficile, parce qu'on est souvent tout seul. Les psychologues, notre réalité c'est qu'on arrive, et on est un peu tu-seul, on ne peut pas vraiment parler de ça, je ne parlerais pas vraiment des situations que je vis même avec les infirmiers [...] je vois qu'il y a des gros bris de confidentialité et on en voit encore du racisme, de la part de professionnels qui interviennent auprès d'eux... (Charlie, psychologue).

La réticence à aller consulter serait parfois due à ce que certains appellèrent une « dynamique de village », engendrant une peur du bris de confidentialité par le « gossiping ». Par ailleurs, je prenais soin d'interroger les participantes à savoir comment est perçu le fait de consulter dans ces communautés. Il existe un effet stigmatisant lié au fait d'être aux prises avec des troubles psychiques, car cela constitue une étiquette. Toutefois, le stigma n'est pas du tout propre aux autochtones et ne serait pas pire ou moindre qu'au sein de la société allochtone. Camille me répondait aussi qu'« ils sont exposés à la médecine occidentale depuis très longtemps, ce n'est pas nouveau » et que « la perception dépend d'un individu à l'autre ». Outre la contrainte de la confidentialité, deux autres récurrences de mes entretiens semblent être liées à une faible démographie et aux changements rapides qu'ont vécus ces sociétés. Le roulement des employés du centre de santé est grand et constituerait un défi aussi pour elles (Canada 2014). Les employés resteraient en général un maximum de deux ans et sont souvent jeunes. Ils « cherchent l'aventure, mais qui ne sont pas toujours les mieux outillés » (Lou). Cette situation alimenterait la méfiance que certains usagers ressentent au moment d'aller consulter. Ne sachant pas quand la thérapeute repartira pour de bon, certains peuvent être réticents à se dévoiler et à s'investir dans un travail thérapeutique tout en sachant qu'il est probable que la soignante quitte la relation.

Deux autres stratégies seraient envisagées pour éviter la stigmatisation, au plus possible, même si les résultats rapportés semblent mitigés. D'une part, certaines psychiatres conservent le

⁷⁸ Le terme d'isolement n'est pas ici à comprendre en termes péjoratifs, et transmet dans sa définition ma perception subjective de la situation géographique des communautés dont il est question. En effet, sans doute de nombreux membres des groupes ne seraient pas d'accord avec cette perception. On n'a qu'à penser au titre du livre d'Emmanuelle Walter *le centre du monde* (LUX 2015) ou encore d'autres témoignages rapportés par Serge Bouchard dans son livre *le peuple rieur* (LUX 2017) où une femme Innue par exemple lui affirmait avoir fait le tour du monde, en parlant du *Nitassinan*, territoire Innu.

titre de médecin « tout court ». Ainsi, le patient entre au centre de santé pour voir un médecin, sans impliquer qu'il reçoit des traitements psychiatriques. D'autre part, certaines communautés mettent le bureau du psychologue au centre médical de jour « day-care », plutôt qu'au centre de santé mentale, pour éviter tout effet potentiellement stigmatisant. Bien sûr ces moyens comportent des limites, et les effets de la peur du bris de confidentialité se feraient toujours ressentir. Finalement, le commérage (*gossiping*) peut aussi être utilisé à leur avantage comme le *psytinéraire* 1 l'illustre bien. Pour Claude : « le "oui dire" c'est affreux, y'a du commérage à n'en plus finir, mais ça peut travailler à ta faveur, comme un site web gratuit ! Ils vont le dire, à leur sœur ou à leur mère, peut-être pas de quoi on a parlé, mais que ça a bien été et "ah peut-être tu devrais lui parler...". Avec le temps, tu te fais une réputation et les gens t'observent. Les deux premières années, c'était toff... ». Finalement, la proximité crée aussi une plus grande accessibilité, lorsque la thérapeute est ouverte à intervenir ou rencontrer des gens à l'improviste, lorsqu'elle les croise dans la rue même. Par exemple, Laurence laisse toujours la porte de son bureau ouverte entre les consultations et me rappelait l'importance d'accepter des gens à l'improviste, pour rendre ses voyages dans le Nord plus efficaces.

3.6 Conclusion

Les témoignages rapportés dans ce chapitre concernent des éléments propres à la localité et mobilisent des variables géographiques et démographiques. L'étrangeté créée par le nomadisme des intervenantes porte dans sa pratique des avantages et des inconvénients. D'autres particularités du travail des intervenantes se situent au niveau des différences sociales et culturelles avec les patients. Ces variables feront l'objet du prochain chapitre. Celles-ci s'expriment au moment des rencontres dans l'attitude des acteurs. La relation mobilise des éléments socio-historico-politiques qui semblent modifier la forme même que prend le travail psychique dans le Nord. En filigrane de la prochaine section, les participantes rencontrées se questionnent aussi sur l'usage des notions litigieuses de *culture* et de *différence culturelle* pour parler de leur travail. On repérera la dualité entre les éléments sociaux et les éléments culturels, qui entrent souvent en collision.

CHAPITRE 4

Rencontre thérapeutique dyadique : éléments sociaux et culturels de l'intervention ou « deux cultures qui se heurtent »

Il n'y a pas de formation particulière qui préparerait les intervenantes à leur psytinéraire, au niveau culturel ou autre. Selon leurs dires, les participantes seraient souvent engagées dans l'urgence, lorsqu'un poste manque. De mes entretiens, ressortent aussi plusieurs situations où un manque d'information sur le milieu pourrait compromettre ou biaiser les évaluations psychologiques, aux conséquences potentiellement graves : inadéquation et insuffisance des services, hospitalisation non-justifiée, erreurs diagnostiques, stigmatisation, marginalisation, re-traumatisations ou réification d'une relation coloniale. Ces différents éléments sont décrits dans ce chapitre. Il aborde les particularités et les défis perçus par intervenantes dans leur travail au Nord. Si les thérapeutes paraissaient d'avis qu'il s'agit d'un travail tout à fait singulier, elles n'identifient pas nécessairement les mêmes particularités et les mêmes défis. Les quatre niveaux impliqués dans les rencontres abordés ici sont : politique, historique, culturel et social ; desquels se retrouve, en trame de fond, la colonisation passée et présente. Le caractère multifactoriel des problèmes traités en santé mentale ouvre la voie aux prochaines sections analytiques pour justifier la pertinence potentielle d'investir des approches inspirées de l'ethnopsychiatrie, de la psychiatrie communautaire et systémique complémentariste.

4.1 Particularités sociales des milieux

Psytinéraire 2 : la souffrance sociale

Ce que je vois beaucoup c'est... des tableaux d'allure dépressive, où on retrouve tous les symptômes d'une dépression majeure, mais qui ne sont pas des dépressions majeures au sens classique du terme. C'est-à-dire que c'est des gens qui ont des réactions plutôt normales à des niveaux d'adversité dans la vie qui sont inhabituels. Condition sociale... Violence, victimes de violence. Énormément de gens dont un ou des proches se sont suicidés, parce que le taux de suicide est le plus élevé au monde. [...]

La patiente va être triste, elle va être découragée, elle va se poser des questions, mais c'est pas comme quelqu'un qui tout d'un coup fait une dépression pour aucune raison. N'importe quel humain qui perd plusieurs enfants... Faut quand même les soigner, mais c'est des patients avec qui je n'ai pas [opté pour un traitement par des] médicaments, parce que je pense pas que c'est un problème. Des gens découragés parce qu'ils ne trouvent pas d'emploi et qui vivent une peine d'amour, des choses comme

ça assez contextuelles, mais t'es moins solide dans la vie quand t'as... une peine d'amour ça fesse plus quand t'as pas d'autres domaines de la vie sur lesquels t'appuyer qui va bien... (Camille psychiatre).

Dans ce témoignage, des variables historiques, sociales, culturelles, géographiques et démographiques s'intersectionnent dans une même situation et paraissent difficiles à départager

4.1.1 La diversité externe et interne des milieux

Cette étude n'est pas à l'abri des risques *d'altérisation* des groupes et patients autochtones, tout comme du groupe de thérapeutes rencontrées, qui ne sont pas homogènes et pas plus qu'antinomiques. Rappelons donc d'emblée les grandes différences entre chaque communauté et au sein de chacune. Parfois dans celles plus populeuses, on se sentirait un peu comme dans une petite ville, alors que dans les plus petites, les gens manifesteraient plus de méfiance à aller consulter, lorsque la communauté ne compte qu'une ou quelques centaines de membres : « tu ne peux pas entrer ou sortir sans que les gens ne soient au courant » (Alix). Alix m'a partagé une intuition qu'elle ressent quant aux différences d'attitude des patients entre les deux communautés où elle travaille. Elle y perçoit deux tendances qu'elle suggère de mettre en relation avec la colonisation et à l'évangélisation :

Avec une des communautés... *I still can't figure it out*, ça fait que quatre ans... Entre les deux communautés *that I go to it's day and night*. Même en thérapie. Y'a une où y'a beaucoup d'introspection, je fais beaucoup de thérapie corporelle pis ils *catch* tout de suite [claquement de doigt]. Beaucoup de visualisation, de créativité, d'imagination, ça clique tout de suite. Avec les jeunes je fais beaucoup d'exercices d'écrit... ils sont très poétiques, ils écrivent bien ! Mais dans l'autre communauté... sont très concrets, un peu plus *slow*, peu d'introspection... Pas tout le monde, mais en général. Je vais essayer les mêmes techniques que j'utilise, et ça ne va pas marcher. Et je sais que, de ce que j'ai lu de l'histoire de la communauté, c'est celle, ou une de celles, qui a été plus touchée par les écoles résidentielles, et l'autre communauté où je vais c'est celle qui a été le moins touchée, y'a le moins de personnes qui ont passé par ça... Et je sais pas pourquoi, mais mon instinct me dit que ça fait une différence... Beaucoup plus stricte, méfiante, comme à l'école... ça a été appris et tu le vois, si la mère n'a jamais eu d'affection, elle va avoir un enfant et elle ne va pas savoir comment lui donner de l'affection... Tandis que l'autre, y'ont grandi dans *l'bush* ensemble, y'ont pas été séparés (Alix, psychothérapeute).

Dans la première communauté en question, Alix m'indiquait que les gens mangent plus de viandes chassées et pratiquent des activités spirituelles traditionnelles. Elle est aussi plus difficilement joignable par la route, ce qui crée moins d'occasions de contacts avec la société dominante. Ces différences semblent être transposées dans le travail psychique. La colonisation

est certes ici en cause, mais aussi plus généralement, le fait qu'il s'agisse de sociétés en changement rapide.

4.1.2 Des conditions socio-économiques particulières

La comparaison à l'aide humanitaire et à des conditions *tiers-mondistes* de certaines communautés était également récurrente dans les témoignages. Cette corrélation se retrouve également dans certains rapports, et articles de journaux, notamment lorsqu'il est question de comparer le taux d'espérances de vie et autres prévalences de problèmes sociosanitaires. Cette particularité est aussi reflétée dans les ressources à disposition des psychiatres et thérapeutes. Celles-ci doivent alors parfois déconstruire certains réflexes. Par exemple, Alexis m'expliquait que, dans une situation de violence conjugale ou d'abus, elle ne peut avoir la réaction de dire à la cliente de quitter la maison ou d'aller vivre ailleurs, simplement parce qu'il n'y a pas d'autre endroit où celle-ci pourrait emménager en raison de l'absence de refuges pour femmes dans plusieurs communautés. Le manque de ressources et de professionnels de santé spécialisés, le surpeuplement et la promiscuité dans les logements représenteraient des facteurs de stress majeurs qui m'ont été rapportés systématiquement. Cet enjeu du milieu aurait des conséquences variées dans l'éducation, la consommation, la santé mentale, dû entre autres au manque d'intimité. L'insécurité alimentaire en général est une autre récurrence des entretiens. Jade, psychiatre, postulait dans un matériel de formation adressé aux étudiants en médecine, que l'alimentation jouerait un rôle dans l'émergence de psychopathologies et d'autres troubles de santé mentale. Cela serait aussi dû au fait que la sédentarisation a aussi engendré la perte partielle d'une alimentation traditionnelle, ce qui impacterait la santé physique et mentale. Il faut cependant se rappeler qu'une grande proportion de ces populations a conservé une alimentation et des activités traditionnelles.

4.1.3 Violences, alcoolisme et comportements destructeurs

La violence, dans le contenu des thérapies et des histoires des patients, représente une autre récurrence de mes entretiens. Les patients consulteraient ou éprouveraient des troubles souvent suite à des morts tragiques dans leur entourage (accidents, morts de froid, etc.). Les accidents affecteraient tous les membres du village, en raison de la faible démographie, et d'un filet de relations plus mince. Les accidents créent alors des moments de crise et de grande

intensité pour les thérapeutes. Dominique me parlait d'un accident où plusieurs jeunes avaient perdu la vie, alors qu'Espérance me racontait la découverte d'ossements en périphérie de la communauté où elle travaille, deux exemples de moments très intenses et difficiles pour les membres de ces communautés transposés dans leur travail et que les thérapeutes doivent aborder.

On me rapporta aussi une disproportion d'individus « impulsifs et violents », cela amène les thérapeutes à évoquer des normes « culturelles », dans la résolution de conflits, lors de ruptures amoureuses par exemple. Camille, dans l'extrait intitulé *psytinéaire 2* qui initie la section 5.1, mettait aussi l'accent sur ces réactions à des ruptures amoureuses ou à des problèmes de couples qui pour elle, semblaient disproportionnées, en raison justement d'une fragilisation de la personne, d'un manque de réseau social et de la perte d'un rôle traditionnel qui n'aurait pas été remplacé. Tout cela mènerait parfois à des manifestations de violence. L'impulsivité qu'on m'a souvent rapportée donnerait aussi lieu à des tentatives de suicide imprévisibles, sous l'effet de fortes émotions. Cela rendrait la clientèle plus difficile à évaluer pour les intervenantes. À ce propos, Espérance me confiait qu'« on a toujours la hantise que quelqu'un se suicide après être venu nous voir... ». Elle mettait justement l'impulsivité en cause.

Dans un même ordre d'idées, un résident en psychiatrie me rapportait que l'épidémiologie devait être comprise différemment dans le Nord, étant donné que les suicides seraient beaucoup moins causés par des troubles neuropsychiques ou en relation à des psychopathologies et plus souvent liés à des événements traumatiques, une grande adversité ou un grand désespoir. Le taux de suicide s'ajoute donc au nombre des morts violentes. Il ne constitue pas le sujet central de cette étude et ne fut donc pas abordé en profondeur. Ceux-ci se retrouvent effectivement en proportion alarmante, « une des plus grandes au monde », et liés à un ensemble de facteurs, souvent associés au manque de racines, à ne pas confondre avec un manque d'activités traditionnelles et de valeurs. Le suicide fut évoqué dans mes entretiens à la fois comme cause de traumatismes et comme le résultat de traumatismes. Parfois, les témoignages m'ont évoqué l'image d'un cercle vicieux ou d'une boucle qui s'alimente elle-même.

Il est nécessaire de mentionner l'alcoolisme, puisqu'il s'agit d'un trouble ou d'un symptôme qui serait souvent présent dans les thérapies et les traitements, parfois en surreprésentation selon certaines intervenantes. Dominique me disait témoigner souvent, dans

son travail clinique, de « *Binge drinking* de façon outrancière, extrême... ». Alix me parlait d'agressions sexuelles, de gestion de la colère et de deuil, qui doivent être abordés si elle veut travailler à la source du problème de consommation. Selon elle, « quand tu parles d'alcoolisme, c'est très rare qu'il n'y a pas un des trois sous-jacents... » et c'est « comme partout, on peut le traiter, mais il faut changer l'environnement, sinon la personne va recommencer » (Alix, psychothérapeute). Il existe des centres de traitement sur place pour certaines communautés, à Kuujjuaq par exemple, qui seraient très efficaces, de même que des centres de thérapies intensives ou des camps thérapeutiques sur le territoire (Garwood, s.d.). Certains thérapeutes et psychiatres me rapportaient toutefois que l'approche des *Alcooliques Anonymes* serait moins efficace dans ces contextes. Je n'ai cependant pas eu accès à suffisamment de données pour pouvoir élaborer cette dernière affirmation. Dominique soulevait notamment l'inadéquation de l'approche : « y'en a qui me disent "je ne veux pas arrêter, je veux diminuer" » (Dominique). Retenons seulement que, pour la plupart des intervenantes rencontrées, voire toutes, l'alcool ne serait qu'un symptôme de traumatismes multiples et divers, de problèmes sociaux ou d'une discontinuité culturelle. Bref, les thérapeutes n'en avaient pas beaucoup à dire à ce sujet ni l'envie d'en parler longuement. Certaines m'ont indiqué que le fait de trop en parler ne ferait que renforcer un stéréotype.

4.2 Confrontation interculturelle et altération du cadre et de la pratique

Dans les entretiens, il convenait d'interroger les effets du contexte particulier de la rencontre sur la manière de travailler des intervenantes, sur l'efficacité de leurs outils et sur la nature du soutien psychique qui s'y pratique. En effet, les bagages divergents portés par les acteurs de la rencontre thérapeutique semblent mener les intervenantes à apporter des ajustements à leur pratique, après un processus de décentement et de déculturation, parfois consciemment et parfois inconsciemment (White 2013). Je me suis alors intéressé aux éléments singuliers de la pratique et aux modifications que les intervenantes apportent à leur travail lorsqu'elles l'importent. À ma question à savoir s'il existe des particularités dans leur pratique nordique, qui la différencieraient du travail qu'elles font « dans le sud », la réponse était unanimement affirmative. Les manières dont ces différences s'exprimeront ou seront vécues

semblent néanmoins diverger parmi les intervenantes. Les spécificités relatées impliquent six variables : historiques, sociales, culturelles, géographiques, climatiques et démographique. Or, ces variables semblent imbriquées et interreliées.

Tel qu'il fut postulé par G. Devereux dans son ouvrage *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, il s'agit d'un exercice par moment anxiogène pour les thérapeutes, mais nécessaire (1980). Celles-ci font preuve d'une grande réflexivité et d'une grande sensibilité face aux enjeux de pouvoir et à la question de l'interculturel. Elles se questionnent beaucoup à savoir si, en important notre système, n'aurait-on, d'une certaine manière médicalisé la différence, ou encore, si elles ne contribuent pas à réifier un système colonial de domination. Lou me parlait d'une période de déconstruction de ses « réflexes de blanc » par laquelle elle aurait dû passer. Cette étape serait longue, mais cruciale, et permettrait, selon elle, de prendre conscience des différences et d'apporter des ajustements à son attitude et à sa pratique. En ses mots, il faut prendre le temps de « digérer notre différence culturelle ». Nicki Gardwood écrit à peu près dans les mêmes termes, d'un long processus de déconstruction dans son travail, particulièrement difficile au début. Alix se dit aussi très tiraillée :

Je suis très *conflicted* dans ma pratique. Justement ce que j'aime pas de la littérature sur les Autochtones, c'est qu'il y a beaucoup de généralités je trouve... Et c'est sûr que pour nous comme thérapeutes, c'est pas évident dans notre travail ... c'est pas euh ... tu sais j'ai lu tellement, quand j'étais plus jeune, au CEGEP j'ai pris beaucoup de cours sur les Autochtones, ça m'a toujours intéressée... j'ai toujours été intéressée par les peuples qui ont été opprimés. et euh... power-Foucault... Je vais parler pour moi, mais tu sais le rôle qu'on joue dans la communauté : on les affecte. On vient, on touche quelque chose et on ressort. Et des fois on se demande "est-ce qu'on aide, est-ce qu'on n'aide pas ?" Est-ce qu'on fait partie de ce gros système qui est en train d'imposer quelque chose ? Veut-veut-pas j'ai étudié ici, je viens avec qu'est-ce que ... Avec la mentalité du sud, je suis pas autochtone, je vais jamais l'être... you know. Je me questionne des fois et *you witness a lot of things, you witness* tout ce que ce système leur a fait, tu sais des fois je me dis que ça aurait été mieux si on les avait laissé tranquilles à faire leur vie de la façon qu'ils la faisaient [...] Mais *once you kind of destroy it, basically that's what happened*, fait que là nous [thérapeutes] behn j'me dis est-ce que j'arrête d'y aller, où j'essaie de récupérer quelque chose... Parce que y'a du trauma... Tu peux pas non plus laisser des gens traumatisés... Mais c'est sûr que je vais les traiter avec des notions que j'ai apprises ici du Sud...

D'autres, des psychiatres comme Camille, me parlent d'une impasse, d'un dilemme dans lequel elles se retrouvent. D'une part, en témoignant de front toutes les conséquences de la colonisation et des défis aux allures parfois insurmontables avec lesquels ces groupes doivent composer, elle se demande si elle ne participerait pas aussi, involontairement à cette colonisation

? Elle se questionne premièrement à savoir si elle ne court pas le risque de psychiatriser, sur un plan individuel, des problèmes qui sont fondamentalement sociaux, et alors, si elles ne de pathologisent pas, dans leur travail, une population et une culture entière : « je peux prescrire des médicaments, mais je ne peux pas prescrire des jobs, des routes, des maisons, de l'eau potable ... ». Tel que nous le verrons dans les prochaines sections, les intervenantes sont confrontées à des cas complexes et vivent souvent une impression d'impasse, en lien avec le milieu. Et si ces réactions qu'on considère pathologiques de ses clients ne seraient pas « normales » dans un contexte de vie aussi difficile ? Elles m'indiquaient souvent qu'elle manifesterait personnellement autant sinon plus de symptômes et de défenses meurtrières dans de tels contextes. Alors, elles reconnaissent l'importance de leur travail, mais aussi les dangers d'évaluer hors contexte. L'étiologie, en somme, de l'occurrence des psychopathologies et d'autres troubles de santé mentale, serait beaucoup moins neuro-biopsychiatrique (Chachamovich et Tomlinson 2013). Certaines me confiaient même avoir l'impression de participer à un système qui se nourrit lui-même, ou carrément, à l'extrême, d'être impliquées dans une machine à créer des malades et qui enrichit des travailleurs « blancs » et des compagnies pharmaceutiques - sachant, notamment, l'importance des budgets fédéraux alloués pour répondre aux conséquences de la colonisation, ainsi que les salaires élevés des emplois au Nord qui attirent parfois certains travailleurs.

4.2.1 Dans l'interaction clinique en face à face

La rencontre clinique qui se tient dans les communautés nordiques est nécessairement interculturelle. Que les clients soient autochtones ou pas, les acteurs portent des horizons distincts de par leur origine et leur socialisation différente, l'un vivant dans un centre urbain et l'autre dans un village nordique. Le contraste sera d'autant plus drastique si l'intervenante provient de la société allochtone et que son approche a été développée pour cette société. L'historique des relations intergroupe est également porté par les acteurs et se dresse parfois en obstacle additionnel dans la rencontre. Les intervenantes représentent le système de santé et, par extension, la société coloniale dans son entier. Dans ce contexte, c'était sans surprise qu'on me rapporta que les liens de confiance et que l'alliance thérapeutique seraient très difficiles à créer. Cela exigerait en général un plus long temps d'apprivoisement de la clinicienne. La méfiance serait pire au début et au cours des premières années selon des intervenantes de longue

expérience comme Claude et Alexis, bien qu'elles en ressentiraient encore parfois. Les deux raisons principales postulées étaient l'histoire coloniale et le gros roulement d'employés.

Camille, psychiatre, mettait un accent sur l'importance en entretien de laisser plus d'espace à la parole libre, et d'accorder plus de temps et de silence. Le registre langagier des patients serait plus déclaratif. Toujours selon cette psychiatre, l'entretien beaucoup moins interrogatif. Plusieurs autres soulignaient que le fait de poser des questions trop directes serait perçu comme intrusif, surtout en début d'une relation thérapeutique. Les entretiens seraient plutôt de type conversationnel. Ce genre d'approche exige des séances plus longues et plus lentes. Claude faisait aussi la promotion de la narration :

Pour eux ce n'était pas mes diplômes qui importaient, c'était mon expérience de vie... Et plus j'ai avancé, plus j'ai compris que l'expérience et la narration de l'expérience, qu'elle soit une brève narration ou une longue narration, pour créer un lien entre les situations, des réactions, les conséquences et tout ça, comme on fait dans une histoire, était la meilleure façon de travailler. Et elle est, jusqu'à ce jour, la méthode que j'utilise. Et des fois j'aide les gens à structurer leur histoire, leur narration, on fait des dessins de familles, on travaille, mais on revient toujours à cette ligne de leur histoire... Et en même temps quand ils racontent leur histoire, ils sont en train de m'éduquer... D'ailleurs j'ai travaillé là 10 ans avec les Cris, mais chacun a son histoire qui s'installe dans une réalité particulière, qu'elle soit dans la communauté, qu'elle ait vécu en ville, qu'elle ait fait le cheminement et toutes les autres données qu'on a aujourd'hui, pères non autochtones, grand-père non autochtone euh... toute l'histoire des pensionnats... Toute l'histoire des adoptions des années 60, tout ça c'est jamais la même histoire... Et puis chaque culture est différente...

Un peu plus tard, elle poursuit : « Fait que c'est clair que je travaille différemment, leurs besoins sont différents... On voit beaucoup au niveau des traumatismes, maintenant on voit beaucoup au niveau des jeunes, ce qui se fait beaucoup et qui fonctionne bien, c'est des activités collectives, là où y'a eu beaucoup de... jeunes en souffrance... » Tout comme dans la littérature qui s'intéresse à l'interculturel, les différences relevées par les intervenantes étaient souvent au plan linguistique et communicationnel, ou bien sur le plan des croyances religieuses et spirituelles. Toutefois, à l'instar des textes de Carlo Sterlin présentés dans le cadre conceptuel, deux conceptions du monde semblent par moment se heurter. Des malentendus prendraient comme source les visions ancestrales du monde et la cosmologie, qu'elle soit explicitement formulée ou implicitement, via des institutions « culturelles » et des pratiques. De cette cosmologie ruisselleront différentes perceptions de bien des éléments de la vie quotidienne de la vie et de la mort, du temps et de la parole, la manière d'élever ses enfants, d'entrer en relation avec son milieu, etc.

4.2.2 Le cadre thérapeutique

Autant les psychothérapeutes que les psychiatres m'indiquaient qu'il était impossible et contreproductif de maintenir un cadre trop rigide. Plusieurs éléments de leur formation et de leur travail en contexte allochtone ne fonctionneraient pas ou pas aussi bien en milieux autochtones. D'une part, la durée des rendez-vous, la ponctualité et le déroulement des séances et plusieurs composantes du cadre dans l'approche classique se verraient ainsi remis en question. Une autre particularité est que, contrairement à la psychothérapie conventionnelle qui suggère entre une et trois rencontres par semaine, il est très difficile, voire impossible, d'avoir une telle continuité dans le Nord et ce même pour les intervenantes qui demeurent en permanence dans le village. En raison du nombre important de dossiers et d'urgences et de la difficulté à créer des alliances thérapeutiques solides. Ainsi, d'emblée, les intervenantes m'ont semblées souvent ressentir une ambivalence quant à la nature de leur travail et au type de soutien qu'elles offrent. Charlie me disait : « par exemple un cadre thérapeutique, avec des règlements, des lois ... [...] dans le sud on a ce schème-là et pour protéger la relation thérapeutique, le client, ça prend des frontières des limites et bon les études démontrent que ... "si on fait ça avec le client, c'est pas bon " ... Mais les études ont été faites dans le Sud ! pas avec la même culture qu'ici ... ! ».

Au plan communicationnel, les séances plus lentes seraient peut-être le reflet de codes culturels distincts, ou encore d'une méfiance à l'égard des intervenantes. On me suggéra aussi que la manière d'exprimer ses émotions et de « psychologiser » ses expériences constitueraient un réflexe moins présent dans le Nord et encore moins auprès des aînés. La jeune génération adopterait des codes communicationnels plus proches de ceux des thérapeutes occidentaux du fait de leur plus grand contact avec la société allochtone, via internet et les réseaux sociaux notamment. Victoire et Alexis, toutes deux thérapeutes, me parlaient de clients autochtones du le Nord comme du le Sud qui n'attendaient jamais dans la salle d'attente, et rentraient toujours directement dans le bureau. Il s'agit certes d'une anecdote, mais qui illustre peut-être bien que l'ensemble du rituel thérapeutique se voit souvent altéré (temps d'attente préalable, durée de 50 minutes, le retour sur le parcours de vie et les réactions émotionnelles conscientes et inconscientes). Cela donnerait l'impression à certaines intervenantes d'y faire un travail plus brouillon, parce qu'improvisé ou partiel. Aussi, le caractère improvisé des rendez-vous peut parfois surprendre ou même choquer des intervenantes auxquelles il est demandé une grande

flexibilité, tout comme les absences répétées et autres imprévus. Espérance par exemple, me racontait qu'elle se fixe huit rendez-vous par jour - ce qui constitue une grande charge pour une psychologue en CLSC - mais qu'il lui arriverait régulièrement de ne pas voir de patient ou seulement quelques-uns. Les absences seraient difficiles à interpréter.

Dans des petites communautés, l'impact d'incidents tragiques ou d'évènement violents affecte beaucoup et directement la pratique thérapeutique : « plus il y a des problèmes dans la réserve, ou des malheurs qui arrivent... morts violentes... » (Dominique) ou bien un ou plusieurs décès, des grands accidents, etc. rapportés par les participantes comme étant des épisodes de crise de grande intensité dans leur travail.

Camille et Jade me suggéraient aussi un rapport au temps et à l'immédiateté, l'importance de l'usage de la parole seraient différents dans le Nord. Plusieurs m'évoquaient la ponctualité, le rythme, le temps, l'immédiateté et la spontanéité. Des gens « beaucoup dans le présent », une façon apparemment culturelle de gérer avec des choses difficiles, mais qui ne serait plus tout à fait adaptée à ces sociétés contemporaines, en raison du trop grand nombre de traumatismes : « on ne peut pas tout refouler ou ignorer. Ça explose, tout est beau, et soudainement, ça explose, et [les patients] se renferment après » (Jade). Nikki Gardwood⁷⁹ dans son livre qui relate ses expériences et particulièrement des camps thérapeutiques parle aussi de l'instantanéité de ses patients, qui aurait été historiquement expliquée par les conditions climatiques et un mode de vie en toundra peu porté vers le passé, mais plutôt vers le présent. Bref, si les conditions et modes de vie ont changé, la façon de concevoir le temps et la pensée en général auraient pu persister. Gardwood se questionne alors à savoir si répéter son histoire et ses actions passées à différentes intervenantes peut avoir un sens pour les patients. Par contre, une réticence à s'ouvrir en thérapie, ou le silence de ses clients peut être interprété comme une absence de regrets ou de volonté à changer pour certains thérapeutes.

Certaines intervenantes m'expliquaient que c'est via des processus de socialisation de nos sociétés occidentales que nous apprendrions à *psychologiser*, mettre en abîme et soigner par la parole. Bien entendu, d'autres types de socialisation pourraient mobiliser d'autres médias dans

⁷⁹ Tel qu'annoncé en section méthodologique, j'utiliserai ce livre comme un témoignage écrit, étant donné qu'il transmet la perspective d'une psychologue et qu'il aborde des questions analogues à celles de mes entretiens.

d'autres sociétés. Ce caractère est évoqué également dans la littérature scientifique qui traite de dramathérapie ou d'approche bioénergétique notamment (Sterlin 1972 ; Devereux 1970). L'usage de consultations, le fait d'aborder des événements passés, de s'exprimer et de réfléchir sur ses émotions consisterait donc en une stratégie occidentale, sans doute moins répandue dans les villages nordiques. Cela pose encore ici la question à savoir si, pour des gens qui étaient ancrés dans l'immédiateté, le fait de répéter son histoire et de réfléchir sur ses actions passées n'aurait pas ou peu de sens. Ces stratégies pourraient avoir un effet thérapeutique moindre. Pour Claude :

Mon expérience c'est que, une fois que la personne commence à me parler... Peu importe comment elle te l'exprime, je vais l'écouter jusqu'à la fin. Y'a peut-être quelqu'un qui ne va pas du tout me parler de ses symptômes. À un moment donné peut-être je vais lui poser la question, mais quand elle commence à parler, c'est vraiment de bien suivre le fil... [...] Pour éventuellement poser des questions en lien avec les thèmes abordés. Écouter... et les laisser parler (Claude, psychothérapeute).

On rapporte souvent l'instantanéité des gens, qui vivent dans le présent. Cette affirmation a plusieurs implications. Dans la présentation de deux psychiatres, adressée à des étudiants, on lit « “being in the now” (cultural aetiology) ; changing states rather than fixed individual characteristics ; extremely recent sedentarization and western commodity-based economy clinical consequences: difficult to assess timelines and resilience and vulnerability, both (“I am ok today”) ». Pour les psychiatres au Nunavik, leur arrivée est parfois annoncée à la radio et dans la rue, les membres de la communauté les reconnaissent et savent que la psychiatre est arrivée pour quelques jours. Ils iront alors le voir si, durant cette semaine précise, ils en ressentent le besoin ou l'intérêt. Alors, quand il fait beau, durant la période de la chasse, d'activités communautaires ou encore un jour de paie par exemple, très peu de personnes se présenteraient à leur rendez-vous. Des travailleurs communautaires sont responsables de faire des suivis auprès des patients quant à leur rendez-vous. L'assiduité de ces derniers dépendrait donc aussi de la rigueur ou même du zèle de ces travailleurs communautaires. Certains iraient même les chercher personnellement en motoneige.

Les participantes ont souvent rappelé l'importance d'adopter une approche ou une mentalité communautaire qui exige des thérapeutes certaines adaptations dans leur pratique. Tel qu'évoqué autant par Laurence, Espérance, que d'autres, est-ce concevable de travailler dans la rue, au centre commercial, au café du village, ou bien sur le territoire ? Il s'agirait d'opérer des

traitements sans disposer du cadre rigide du soin conventionnel qui comporte de nombreux éléments ritualisés selon une triade « avant-pendant-après » (Gone 2009) tels que l'attente en salle, la durée fixe d'une séance et son déroulement et le paiement (Nathan 1997). Les thérapeutes pourraient-elles effectuer une transition entre les traitements psychiques tels qu'on les connaît et d'y renoncer graduellement pour orienter les patients vers des approches dites « traditionnelles » qui ne serait pas axée sur la parole par exemple ?

4.2.3 Au sujet de la clientèle

J'interrogeai aussi à savoir qui sont les clients, qui consultent, et comment le travail psycho-psychiatrique est-il perçu localement ? Certaines intervenantes s'annoncent à la radio. Le recrutement passe aussi beaucoup par du *bouche-à-oreille* et les références de l'école. De plus, ceux et celles qui ont commis une tentative de suicide sont obligés de consulter. Il y a aussi les « walk-in », peut-être 10 à 15% de la clientèle selon Laurence : « ces gens-là, on a tendance à les prioriser tout de suite. On s'est assis les thérapeutes et la coordonnatrice, et on s'est demandé : on est tu injuste des prendre tout de suite ? Et on est arrivé à la conclusion que si la personne se pointe, de un, elle est motivée à changer, de deux, comme elle est motivée, ça devrait pas prendre trop de temps, de trois, si elle se déplace, c'est que ça doit être *mauditement* sérieux, si t'as pris le temps de venir t'asseoir et d'attendre (Dominique, psychothérapeute). »

Toutes les intervenantes ont utilisé le champ lexical du « poids » telles que les expressions « lourde » ou « tellement lourd ! », en parlant des traumatismes multiples. Les cas cliniques seraient plus éprouvants à appréhender en thérapie que ce à quoi elles sont confrontées dans leur pratique. Cela contribuerait à l'épuisement des intervenantes dont plusieurs témoignent. Cet argument est aussi mobilisé pour justifier la structure itinérante de soins. Le FIFO leur donnerait le temps ventiler, de se détacher et d'éviter un trop grand épuisement voire épuisement de compassion. L'une m'évoqua les risques de traumatisme vicariant. En revanche, pour Espérance, la clientèle est « difficile, mais colorée et fascinante » à la fois. Cette clientèle serait cependant trop fragile, selon Jade, pour utiliser une approche psychodynamique qui serait trop structurée et trop longue. Elle a donc graduellement délaissé toute structure trop rigide pour s'adapter à un travail « éclectique » (dans ses mots). La fragilité de la relation fut relevée par deux autres psychiatres. Cela compromettrait le déroulement des séances, car les clients peuvent

se lasser et quitter la rencontre à tout moment ou cesser de se présenter. Bref, l'alliance thérapeutique serait plus fragile et l'attitude face au rôle d'expertes de ces intervenantes se verrait aplanie pour une relation plus égalitaire qui « questionne les frontières entre le client et le travailleur » (Gardwood, traduction personnelle).

Jade me confiait ressentir souvent certaines barrières qu'elle attribue à son origine allochtone, bien que ce ne soit pas toujours verbalisé par le client. Les critiques explicites qu'elle reçoit à cet égard surviendraient toutefois seulement d'individus désinhibés, dans un état de désorganisation ou de psychose. La perception des thérapeutes par les membres des groupes, si elle est généralement méfiante au début, peut aussi changer avec le temps.

4.3 Une grande méfiance

La grande méfiance à l'égard des thérapeutes représente une récurrence systématique des entretiens. Les psytinérants l'auraient surtout ressentie au début et durant les premières années. Elles identifiaient plusieurs causes : des expériences négatives des clients au sein des services sociosanitaires, avec d'autres services tels que la police, avec des individus considérés comme représentants de la société allochtone, des traumatismes historiques ou récents associés à la colonisation et le grand roulement du personnel soignant. Toutes ces causes ont d'énormes répercussions dans leur travail. Concernant plus spécifiquement ce haut taux de roulement, les patients se demandent si « cette personne reviendra-t-elle ? ». En santé mentale, il y aurait de la souffrance associée au fait de devoir recommencer une relation et répéter son histoire - parfois traumatique - à plus d'une reprise. Cela mènerait parfois les clients à perdre foi dans le système médical et les services de santé mentale. De plus, les gens qui ont perdu beaucoup de proches dans leur vie seraient déjà fragilisés au niveau de l'attachement et donc sensibles et méfiants.

Charlie, psychologue, m'a beaucoup parlé des défis liés à la méfiance des patients :

Quand chuis arrivée, j'ai pas fait de recherches là-dessus là, je te parle de mon senti... J'avais tellement de jeunes ados qui arrivaient, pas juste de jeunes ados, mais des adultes, et j'avais beaucoup de "I don't know". J'essayais de les faire parler avec mes stratégies qui marchaient depuis 10 ans dans l'sud là [rire] c'était pas un défi pour moi d'habitude de créer une relation de confiance et là j'arrive ici et, mon Dieu, c'est dont behn difficile ! J'avais beaucoup de *I don't know* et j'ai fini par découvrir les sous-entendus derrière le *I don't know*, qu'est-ce que ça peut vouloir dire et comment eux, ils expriment ça comme ça, que c'est culturel (Charlie, psychologue).

Camille (psychiatre) aurait commencé à percevoir un changement d'attitude à son égard après deux années à faire des allers-retours. Ensuite, elle estime qu'environ cinq années ont été nécessaires pour acquérir une expérience et une réputation suffisante pour mieux faire son travail et être mieux acceptée. Toutefois, cette même psychiatre me mentionnait que, plus fortement que la méfiance à son égard, elle ressentait un « besoin urgent d'évacuer » chez un grand nombre de patients qui déchargeraient auprès d'elle de lourds témoignages. Elle travaille dans une très petite communauté, qui n'avait pas été desservie par un psychiatre pendant une longue période, avant qu'elle ne prenne la tâche.

Concernant le psychologue qui dessert les villages inuit, il y aurait eu par le passé un changement aux six mois ou aux années, « et là les patients ils vont dire behn là tu m'niaises-tu, et pis là sont restés méfiants, mais là il est là depuis quelques années, et les gens sont moins rébarbatifs » (Camille, psychiatre). On comprendra qu'il peut sembler absurde de refaire contact avec un nouveau psychologue à chaque six mois. Outre le temps d'établir une relation de confiance, la continuité dans la thérapie et le travail de longue haleine seraient également compromis. Dans ce contexte, puisque la continuité ne peut être garantie, le soutien psychique offert semble beaucoup plus ponctuel. D'autres thérapeutes associent donc davantage leur travail à de l'intervention de crise :

Là t'as une montagne à pelleter, mais t'as juste une pelle ! Et deux bras... Fait que ça nous place, je pense, beaucoup les psychothérapeutes dans des situations qu'on a à éteindre des feux... On est constamment en train d'éteindre des feux, mais, sans même avoir un moyen efficace vraiment de prioriser toujours. De pouvoir faire une évaluation... suffisamment approfondie pour savoir ce qui doit être priorisé et tout ça, tu sais parce que toujours comme éteindre des feux un peu comme une intervention sociale, plus que comme de la psychothérapie, mais quand tu veux traiter... ça à la source ! Tu sais, tu veux redonner à ces gens-là leur identité, behn faut que tu travailles à plusieurs niveaux. Au niveau intra-personnel, mais aussi au niveau culturel (Charlie, psychologue).

La méfiance ou l'insatisfaction seraient sans doute en cause dans la non-assiduité de certains patients, que les thérapeutes éprouvent cependant des difficultés à interpréter. Enfin, ce serait :

Moins pire qu'avant, mais ils sont très habitués à se faire diminuer, regarder de haut... Il ne faut pas avoir toutes les mêmes barrières de neutralité, parce que les gens, si tu veux qu'ils t'aiment, qu'ils t'acceptent, faut que tu sois un peu plus proche d'eux, parce que sinon t'es encore juste la colonisatrice qui ne connaît pas rien, et qui vient leur dire qu'est-ce qu'ils ont besoin de faire (Charlie, psychologue).

Les cliniciens doivent alors s'adonner à un exercice de plus pour gagner la confiance et « faire leurs preuves », c'est-à-dire démontrer qu'ils n'auront pas de posture coloniale ou une attitude d'expert ou ne se prendront pas pour des sauveurs par exemple. Pour Claude, la notion de résistance du client ne peut être interprétée de la même manière que dans sa pratique dans le Sud, car peut-être que les clients réagissent ainsi face à des intervenantes qui leur proposent des solutions complètement hors contexte ou inappropriées, voire déplacées.

Enfin, étant donné que les séances sont parfois plus courtes et que les histoires sont plus brèves, des psychiatres et thérapeutes m'indiquaient qu'elles devaient souvent accéder aux histoires des patients autrement que par l'entrevue directe.

4.4 Et l'importance du culturel ?

Je m'intéressais lors des entretiens au contenu « culturel » des discours qui pourraient heurter des conceptions d'Occidentaux. J'interrogeai les intervenantes sur les expressions concrètes de la rencontre des différents univers des acteurs et comment se déclinent les différences culturelles. La place de la culture dans leur travail était donc un thème systématiquement abordé dans les entretiens. Inspiré par la littérature, je voulais évaluer quelles manifestations ou étiologies culturelles sont à risque d'engendrer des malentendus et des conflits dans la rencontre ou encore des erreurs de diagnostics. Concernant la « formulation culturelle » dans les mots du DSM-V, deux psychiatres rencontrées écrivaient dans une présentation adressée à des étudiants-tes en médecine : (1) cultural identity of the individual ; (2) cultural conceptualization of distress ; (3) psychosocial stressors and cultural features of vulnerability and resilience (4) cultural features of the relationship between the individual and the clinician (5) overall cultural assessment ... but also think psychosocial formulation... not all factors are cultural ». Plusieurs intervenantes s'étaient initiées à l'approche de sécurité culturelle, notamment au travers de formations en ligne ou de séances de formation continue occasionnellement offertes dans certaines communautés ou par l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Cependant, à la lumière des réponses des thérapeutes rencontrées, on ne peut distinguer ou dresser un tableau d'étiologies culturelles particulières des maladies mentales. Elles m'en

suggérèrent néanmoins quelques pistes. À noter que lorsque j’abordai la question de la culture, les intervenantes déviaient souvent le sujet vers des enjeux sociopolitiques indissociables tels que les traumas et la colonisation, les problèmes sociaux, l’autodétermination, etc. Enfin, rappelons que les spiritualités varient entre les communautés où nous retrouverions de grandes différences à des degrés divers de mentalité, de valeurs, d’organisation, de croyances, etc. La colonisation par exemple, s’est faite à différentes époques selon les groupes et les réactions et les adaptations ne furent pas les mêmes. Les communautés autochtones où les intervenantes rencontrées travaillent auraient tout de même un grand vécu commun, et la colonisation aurait engendré des problèmes sociaux souvent de manière analogue.

4.4.1 Croyances et pratiques

Les croyances, les religions et les pratiques qu’elles occasionnent constituent des éléments dits « culturels » plus faciles à discerner que d’autres éléments latents. Concernant la sphère des psychoses et des risques de malentendus dans ses évaluations, Charlie me disait :

Je dois avoir un grand respect pour ces croyances spirituelles là. J’ai pas essayer d’éliminer ça... Hallucinations, ou voir des choses que les autres ne voient pas... Percevoir ou entendre des choses, c’est un symptôme unique, il ne faut pas le psychiatriser tout de suite, faut essayer de lui trouver un sens, et de voir si ce sens peut être sain... Mais on a été éduqué, ça c’est des hallucinations, c’est une maladie ... Un spectre qui a de multiples symptômes : Est-ce que la personne est dysfonctionnelle ? Est-ce qu’elle a peur ? Est-ce qu’elle est capable de se lier, d’avoir des relations significatives, de se nourrir, d’être entourée ? Ou au contraire elle s’isole, est-elle capable d’atteindre ses buts ? Les hallucinations ou les esprits, c’est un symptôme unique... (Charlie, psychologue).

Espérance, Charlie, Camille et bien d’autres m’évoquaient aussi l’importance d’exprimer une grande ouverture face aux croyances particulières. Un exemple flagrant de confrontation épistémique, voire cosmologique concerne sans doute l’évocation des esprits, des fantômes et des rêves. Sans généraliser, ces autres réalités⁸⁰ auraient une plus grande importance dans les témoignages des patients, qu’en contexte allochtone sans non plus être omniprésent. Allant plus loin, Espérance postulait qu’en travaillant là-bas, et avec différentes croyances, on constaterait les « pertes de la société occidentale et la puissance des croyances ». Un élément qui la mène à

⁸⁰ Dans une approche d’ouverture ou de libération phénoménologique et pour éviter de hiérarchiser les connaissances et croyances, et d’ainsi reproduire une forme de violence épistémique, il est mieux de présenter ces références à des réalités autres, puisque cela définit et affecte la réalité, et il serait en ce sens sans doute réducteur pour certains, d’en parler en termes de croyances ou superstition.

dire que la pratique est « très différente : certains viennent me voir parce que leur maison est hantée; les trois quarts des gens voient des esprits et je ne peux pas considérer qu'ils sont tous schizophrènes... » Pour Alix « [il] faut être très open-minded », simplement.

En contrepartie, plusieurs intervenantes avaient cependant des réticences à parler de croyances culturelles, de peur de tomber dans des stéréotypes ou de faire porter à un groupe entier certaines particularités. Chaque communauté serait aussi aux prises avec des tensions religieuses et familiales très fortes, un héritage de l'évangélisation coloniale, mais également un effet symptomatique d'une société qui vit des changements sociaux rapides. On y trouve au minimum une cohabitation de quatre religions : spiritualité autochtone (dite traditionnelle), pentecôtisme, catholicisme, anglicanisme. Alix, thérapeute, me transmettait son étonnement, à son arrivée, de constater la présence de quatre églises pour moins de 1000 personnes. Camille me racontait la tenue d'un exorcisme, de prières de groupe, pour soigner la détresse psychique d'une de ses patientes. Adressant cette même question des croyances à un résident en psychiatrie, il me répondit : « ils sont chrétiens ! », soulignant que les thèmes religieux se retrouveraient beaucoup dans le contenu manifeste des états psychotiques. Jade abondait en ces sens, en évoquant, dans les délires psychotiques, des questions de diable, de démon, quelque chose qui ne serait pas nécessairement propre à ces milieux, mais peut-être seulement exacerbé par la forte présence de la religion. Considérant les différents systèmes de croyances qui cohabitent dans chaque communauté, les intervenantes doivent valider l'attitude ou la position intérieure du client à leur égard avant d'insérer des considérations religieuses dans le traitement⁸¹. Pour cela, Espérance utilise les dessins imagés : « Je vais tout de suite savoir si la famille est catholique ou pas, sans rien que j'aie demandé ! ».

Des éléments de « croyances culturelles » associés au domaine de l'invisible me furent évoqués le plus souvent, auxquels les thérapeutes attribuent un héritage, d'une ancienne fonction sociale désormais plus ou moins adéquate dû aux changements au mode de vie. Le principe de l'âme-nom constituerait un exemple de mécanisme social toujours utile dans la gestion du deuil :

Quand tu le sais pas, tu te dis behn voyons sont tout mêlés. Et si, pendant que la femme est enceinte, elle rêve de la personne décédée... Ça j'ai vu ça assez souvent. Et je te dirais que dans les deuils,

⁸¹ Dans les mots de Devereux, il ne faut pas s'arrêter au contenu culturel, mais à l'usage que le patient fait du contenu culturel et évaluer s'il est cohérent dans le système donné (1970).

c'est un facteur protecteur, parce que les gens, quand ils vivent un deuil difficile, ils y trouvent un certain réconfort... il y a une certaine continuité. C'est bien parce qu'ils ont tellement de deuils, ils prennent ce qu'ils peuvent (Camille, psychiatre).

Cet aspect culturel est aussi rapporté par l'anthropologue Lisa Stevenson (2014). Espérance poursuit aussi dans le même sens :

S'ils sont envoyés en psychiatrie, dans une grande ville, ils n'ont pas les notions d'ethnopsychiatrie. Dès que quelqu'un fait une tentative suicidaire, le psychiatre va lui demander "voyez-vous des esprits ?" Et il y en a beaucoup qui se retrouvent avec des antipsychotiques... Ou alors des patients qui consomment et des épisodes hallucinatoires et tout d'un coup, médicaments - psychotiques et moi, je ne suis pas psychiatre, j'ai rien à dire... Sauf que... c'est complexe ... Il faut bien reconnaître que c'est culturel. Moi j'ai l'impression d'être vraiment entre l'anthropologie et la psychologie. Mais un *psychologue psychologue* qui irait là-bas... Je sais pas ce que ça donnerait... » (Espérance).

Une autre grande particularité : « Les rêves et les prémonitions, ils ont une grande sensibilité. Et nous-même, en vivant là-bas... j'ai l'impression que la sensibilité augmente beaucoup beaucoup... ». Elle enchaîne en me parlant de clients chaman, et d'une évaluation affective d'un d'eux, qu'elle avait effectuée : psychiatrie et chamanisme, qui ne sont pas nécessairement antinomiques !

Dans ces deux derniers témoignages, et dans mes entretiens en général, les thérapeutes ont semblé faire preuve d'une ouverture surprenante face aux questions du visible et de l'invisible qui me rappelle l'approche ethnopsychiatrie : « Tu sais quand tu y vie assez longtemps, tu commences à les voir aussi les esprits, quand on est immergé dans un système. Nous les blancs, et en occident on a perdu la faculté de les voir et eux ils l'ont gardé » (Espérance). Une autre encore me parlait d'une cliente particulière en affirmant : « cette fille a un don, mais un don que je ne voudrais jamais avoir... Dans ses rêves, elle voit qui seront les prochains de la communauté à faire des tentatives de suicide. » Ainsi, sans se poser trop de questions, si cela fait partie de l'univers et de la réalité du client, et bien c'est vrai, ça existe. Les comprendre comme des hallucinations ou des dérogations au fonctionnement neuropsychique considéré « normal », en termes psycho-psychiatriques, évacuerait toute la force des constructions sociales, de la socialisation et les fonctions sociales de ces croyances au sein de ces groupes, très documentées dans la littérature ethnopsychiatrique et anthropologique⁸².

⁸² Évoquons simplement Lévi-Strauss, Devereux, Bastide, Sterlin, Nathan, Kirmayer, etc.

4.4.2 Les rêves

Les rêves sont un sujet régulièrement abordé dans les entretiens en raison de l'importance qu'ils prennent dans les consultations dans le Nord. Alexis me disait :

[Les rêves sont] très très importants ! Surtout lorsque, avec les jeunes, je pense à beaucoup de jeunes qui se sont suicidés, ou euh... et euh... On est intervenu à l'école avec les ses amis proches, euhm... alors il y a des amis qui disent je rêve à elle, elle m'appelle, je la vois, Et dans notre langage de santé mentale, oh il y a des hallucinations, mais non ! Le désir, le manque, s'est exprimé comme ça ! Elle n'est pas en épisode de schizophrénie non ! C'est la douleur, elle veut, elle lui manque tellement, qu'elle la voit là, qu'elle dit vient me rejoindre par exemple. Alors je lui dis, ah j'interprète, est-ce qu'elle a des idées suicidaires ? Euh... Mais pour eux c'est très concret, s'ils disent dans les rêves, vient me voir, c'est interprété comme ça...

E.B. Comme si elle était là ?

Alexis : Comme si son esprit lui parlait dans le rêve... Alors, ça aussi, il faut le prendre, et le décoder, on ne va pas l'envoyer en psychiatrie, en consultation, il faut décoder et désamorcer et qu'il y ait une entente, parce que si on lui dit, ah ok tu vas voir le médecin et puis ah, behn là elle va se fermer, ou il va se fermer...

E.B. Oui il va dire, elle ne me comprend pas... Ah c'est intéressant...

Alexis: C'est c'est des choses que je trouve importantes d'évaluer, de connaître... et d'être prudente, de prendre ce temps-là. Tout comme avec la femme battue, tu lui dis, oh sors de là ! Et ça aussi, plutôt voir, euh vers qui tu peux aller ? Si jamais tu sors, parce que on respecte aussi, tu sens que là ça va être un peu plus fort et tout ça... bon on cherche d'autres moyens que les moyens ici où tu vas dans les ressources... euh... Et il ne faut pas aussi minimiser le fait que la violence euh... dans les conflits physiques, euh la femme aussi elle frappe, elle est violente... euh et qu'est-ce qu'on peut faire ? Ne pas prendre pour acquis qu'on est juste euh... Et oui c'est vrai que l'homme est plus fort, mais bon ok "toi, comment tu réagis ?" Pour désamorcer ! Ça aussi je l'ai appris là-bas, ce n'est pas blanc ou noir et c'est très très riche...

Les rêves constituent également un outil central du travail ethnopsychiatrique et psychanalytique en général. Étant donné qu'il s'agit d'un phénomène universel, les rêves semblent constituer un moyen de réduire l'écart entre les acteurs de la rencontre et peuvent servir de levier culturel efficace. Certaines participantes me mettaient en garde à ne pas interpréter les rêves des patients dans d'autres contextes avec des méthodes développées en occident, car ils n'auraient pas les mêmes fonctions dans toutes les sociétés. À ce propos, pour éviter de les interpréter en ses propres termes, Espérance s'assure de valider ses impressions auprès de l'agent culturel : « si un client me dit je rêve toujours de porcs-épics, je vais lui demander ce que ça veut dire de rêver de porc-épic ». Pour elle, la sensibilité aux rêves se verrait même augmentée chez les cliniciennes lors de leur séjour en communauté, à force de baigner dans cet univers.

4.4.3 Guérison traditionnelle

Dans sa thèse de 2015, Lily Lessard parle d'une étude de 2007 sur les soins en collaboration :

Cette étude contextuelle a également permis de porter un certain regard sur les ressources humaines. Les ressources traditionnelles sont pratiquement absentes des équipes de SSPL et celles de la communauté sont mal connues des intervenants des SSPL et des psychiatres visiteurs. Cette méconnaissance laisse voir un besoin de renforcer l'intégration entre les différents niveaux de services. Pour les participants, l'intégration de ressources traditionnelles dans les équipes de soins permettrait d'améliorer l'offre de services.

La population propose que la santé mentale soit prise en main par les communautés. On propose d'impliquer les groupes "elders", qu'un inuk soit engagé en santé mentale pour accompagner les médecins et les infirmiers et que les elders et les spécialistes partagent leurs connaissances. (113).

Les liens filiaux qui existent parfois entre les intervenants inuits et la clientèle ont été identifiés comme un élément pouvant amener une certaine inconsistance dans les approches (2015 : 33).

Elle suggère aussi plus loin que : « L'inadaptation des services aux contextes sociaux et culturels et le manque de formation et de reconnaissance des savoirs traditionnels et spirituels ont également été ciblés comme cause de la sous-utilisation des services pour d'autres populations isolées du Canada, des États-Unis (Alaska) et d'Australie ». Toutefois, si cette situation est véridique, elle le serait à un degré variable d'un peuple à l'autre. Charlie par exemple travaille en collaboration avec des guérisseurs « traditionnels », et était en mesure de décrire assez bien la nature du travail. Ce n'était pas le cas de toutes les participantes, dont plusieurs ignoraient complètement ce qu'ils font :

Chacun a des dons différents, c'est difficile à dire, y'a des gens qui vont voir des choses, sentir des choses. Y'en a qui vont beaucoup dans le *storytelling* pour essayer, d'aller à travers des métaphores, pour essayer de passer. Y'a des gens qui font faire des *sweatlodges*, mais justement c'est pas n'importe qui qui peut faire des *sweatlodges*, faut avoir eu cet appel-là. Selon la croyance, c'est des personnes qui sont capables de sentir les démons et d'absorber cette énergie-là. La coordonnatrice de santé mentale fait des *sweatlodges* ! Elle porte ces savoirs-là à l'intérieur d'elle. (Alix, psychothérapeute)

Par ailleurs, depuis que Charlie y travaille, elle « croit beaucoup plus à l'aspect communautaire du soin et de la guérison plutôt que psychiatrique. Dans certaines communautés crieuses s'organisent des activités de guérison communautaire dites « traditionnelles »⁸³ en parallèle et en complément des soins biomédicaux :

⁸³ Le caractère traditionnel de nombreuse pratique demeure sujet de contestation et de débat dans la littérature anthropologique, étant donné que plusieurs pratiques ont fait l'objet de diffusion ou de réappropriation. Ces pratiques ne sont pas non plus à l'abri d'influences interculturelles par d'autres mouvements issus de traditions diverses (culture populaire, christianisme, bouddhismes, Nouvel-Âge, psychologie jungienne, etc.) (Waldram 2004, 2008 et 2013 ; Gone 2009). À mon avis et dans ce contexte, ces pratiques relèvent de l'appellation lorsqu'elles

Le *smudging* et les *sweatlodges*, c'est des choses que j'ai expérimentées, juste pour pouvoir avoir l'essence de ce que c'est, savoir de quelle façon ça peut les aider... Par exemple, une des choses qui m'a marquée en faisant un *sweatlodge*, c'est comment ça pouvait être une bonne façon de développer la tolérance à la détresse... Quand je vois un client et je sens que cette personne-là a besoin de développer des habilités de tolérance à la détresse, behn plutôt de juste lui offrir des trucs, des outils ou des stratégies qui viennent du Sud, j'vais faire attention de lui proposer ça... Ça fait partie des ancêtres autochtones. Et là y'a des approches différentes, y'en a qui disent behn ça ne vient pas des cris du Nord, ça a été importé d'ailleurs, mais tu laisses le choix à la personne et c'est à elle de faire un choix éclairé par rapport à ça... (Charlie, psychologue).

Alix n'hésitait pas non plus à l'affirmer : « Ils ont toutes les solutions ! Toutes les ressources ! Si tu parles aux *healers*, ils vont te le dire directement ils n'ont pas besoin de nous et du *medical care system* ». Dans un des villages, une activité s'organise tous les mercredis. Dans un autre, un guérisseur offre ses services pour mobiliser un groupe et organiser un *sweat lodge* sur demande. En revanche, Alix me suggérait que le simple fait de devoir solliciter une cérémonie, encourrait déjà un risque de stigma, en attirant l'attention du groupe sur soi ou dû à l'effet stigmatisant lié au fait de demander publiquement de l'aide. De plus, rappelons que chaque communauté n'a pas vécu la colonisation, les tentatives successives d'évangélisation et les changements sociaux récents de la même manière. Dans une troisième communauté où les institutions religieuses se sont ancrées plus radicalement, il serait tabou et mal reçu de parler de pratiques traditionnelles, car elles ont été démonisées. Il est important donc pour les thérapeutes de s'informer sur l'attitude générale du groupe par rapport au sacré et à la spiritualité, avant de commettre quelconques bévues. Ensuite, valider les attitudes personnelles du patient à l'égard des pratiques de son groupe. Enfin, il semble impossible d'exporter une expérience acquise dans une des communautés à une autre sans préalablement s'assurer qu'il ne s'agisse d'une généralisation abusive, courant le risque de répandre des stéréotypes. Il semble exister un risque d'offrir des stratégies de guérison à des clients qui pourraient être mal reçues et même compromettre l'alliance thérapeutique.

Les pratiques traditionnelles seraient donc tout de même accessibles et complémentaires au travail psychothérapeutique dans la plupart des communautés. Pour Dominique : « Y'a des *healers* avec qui on jase, avec qui on fait du travail connexe. Notre but est le même, le médium

s'offrent notamment en épistémologie alternative et contestatrice des approches conventionnelles (biomédicales occidentales)

est juste différent. C'est tout à fait complémentaire ! Ces *healers* font des activités plus traditionnelles : fumigation, sudation, danse du soleil, tente tremblante, etc. ». Il faut s'assurer d'être bien invitée et exprimer un grand respect et beaucoup d'humilité envers ces pratiques⁸⁴. Les pratiques culturelles seraient parfois en phase revitalisation ou reviendraient sous des formes modifiées par les influences et les échanges avec d'autres peuples autochtones :

Ça s'est propagé parce que de façon symbolique, c'est très parlant... C'est redondant en fait pour ces gens ils reconnaissent le symbolisme et la façon de faire, mais... Oui des pratiques, par exemple chez les Cris les plus, les plus acceptables et peut-être les moins euh... influencées par une façon de pratiquer la spiritualité ou une autre, c'est vraiment le travail où les gens bougent dans la brousse, ils vont passer 6 semaines dans la brousse, ils vont vivre de la terre, fait que c'est souvent considéré comme des camps de traitement, où les jeunes vont aller, ils vont aller en raquette, euh ils vont passer 6-8 semaines dans la neige pis ils doivent... C'est sûr que là-dedans ils doivent tout apprendre... Et à coopérer... (Alix, psychothérapeute).

Aussi, depuis l'évangélisation, le fait de « retrouver des traditions, c'est en même temps se confronter à un risque potentiel de réprimandes » (Lou) interpersonnelles ou internes/psychiques, un sentiment d'être déchiré entre des pratiques ancestrales et d'autres, modernes, associées au colonisateur. Les patients pourraient aussi ressentir un sentiment de perte, qui serait difficile à porter.

Pour les symptômes de dépression principalement, l'effet thérapeutique d'aller sur le territoire, « on the land », communément a souvent été relevé. Certaines parlent de « land base therapy ». Jade, psychiatre, prescrirait carrément des congés sur le territoire, lorsqu'elle soupçonne qu'il s'agisse d'une forme de « traitement » préférable aux médicaments. Alix parlait d'une transformation, me décrivant des individus « souffrants », apathiques ou toxicomanes qui changeraient complètement, une fois en nature, actifs, souriants et parfois même sans symptômes de sevrages.

Quelques thérapeutes ont tenu à faire l'expérience de ces activités afin de mieux comprendre leur fonctionnement, sur quelles composantes de la santé elles travaillent et ainsi mieux pouvoir référer ces activités à des clients. La tente de sudation par exemple (*sweat lodge*) serait un très bon outil pour travailler la résistance à la douleur ou même la résilience selon Charlie. Ces pratiques tentent de comprendre la santé de manière holistique et communautaire.

⁸⁴ Rappelons que ces pratiques ont été criminalisées au siècle dernier par la Loi sur les indiens.

Il faut se garder alors de compartimenter leur action, ce qui constituerait sans doute la projection d'une vision occidentale « cartésienne ». On retrouve dans certaines communautés des *Wellness Center*, des *cultural camps* et des *elders camp*, où se tiennent des cérémonies et autres activités culturelles et traditionnelles qui semblent refléter une vision holistique du bien-être. Claude nuance néanmoins qu'il existe encore des « contraintes de la reconnaissance je pense que pour moi une grande frustration c'est l'absence de reconnaissance de ces pratiques aujourd'hui 2017 la précarité et pas juste l'efficacité, mais l'importance de ces pratiques ... ».

4.4.4 Trauma et colonisation

La question des traumatismes est incontournable lorsqu'on s'intéresse à des enjeux de santé mentale en milieu autochtone. Elle est intimement liée à la colonisation, comme le disait bien Espérance :

Alors pour moi je regarde ça et je dis que c'est un autre niveau de colonisation, une recolonisation, par un autre, une autre couche de de christiannisme, et l'aberration qui s'est faite, c'est parce que, avec les transferts, les traumatismes, et la la destruction systémique de la famille et de la structure de la famille à travers les pensionnats... euh et ça c'est le crime le plus sérieux des pensionnats, c'est pas les abus... Les abus, ne me prend pas mal, c'était criminel. Mais la blessure... Et la destruction, c'est qu'ils ont été démolir la structure familiale et intergénérationnelle.

Et c'est pour ça qu'on a des suicides à la pelleté chez les jeunes, c'est que c'est jeunes sont les enfants ou les petits enfants des gens qui on vécu les pensionnats et qui ... y'a plus de, y'a plus de modèle, familial. Y'a plus de... comme disait euhm... Winnicott, grand psycho... Y'avait plus de "holding", y'avait plus de "holding" familial, et plus de "holding intergénérationnel" alors euh... Je schématise beaucoup là parce que c'est complexe et euh c'est ça que... avec le projet d'assimilation avec les pensionnats et par la suite euh les mauvais systèmes éducatifs qu'on a imposés au départ, et qu'on impose encore... (Espérance, psychologue).

En effet, le colonialisme de la situation et les traumatismes historiques sont omniprésents dans le contenu de mes entretiens, abordés directement et indirectement. Les intervenantes m'ont semblées particulièrement sensibles à ces enjeux, étant confrontées quotidiennement aux effets du colonialisme, à la grande pauvreté, au désœuvrement et tout autre type de traumatisme surreprésenté. De plus « dans la notion de trauma, la question de l'expérience de mort est prédominante : ses effets délétères créent une multiplicité de comorbidités, affectant l'être entier dans ses relations à lui-même (syndrome post-traumatique : sidération, altération des fonctions cognitives, troubles de l'humeur, somatisations, insomnies, hypervigilance, etc.) et au monde »

(Duhoux 2014). Face à l'importance qu'a pris cet enjeu dans mes rencontres, je ne peux citer l'ensemble des témoignages. On devinera tout de même comment cet enjeu affecte le travail psychique dans le Nord. Pour Jade, en réponse à mon intérêt pour la culture, elle me répondit : « Ce n'est pas la culture des patients qui est importante, je pense, mais la manière dont on a traité ces cultures-là dans le passé... » De même, Espérance aborde régulièrement les « conséquences de tout ce qu'on leur a fait vivre ... Voir qu'ils sont considérés comme des citoyens de seconde zone. Moi je trouve ça vraiment grave. Je suis immigrante et je n'ai jamais vécu de racisme, et eux ils en vivent tout le temps... » Elle assume alors un « rôle d'exutoire » ou de représentante : « Je leur dis "si vous avez quelqu'un à engueuler, behn faites-le." Moi dans ma tête on porte. Et y'en a qui profitent vraiment de l'occasion, mes collègues me disent, mais pourquoi tu te mets comme un bouc émissaire ? Mais après on passe à un autre état. Et j'ai parfois quelqu'un, un monsieur, "pourquoi j'irais raconter tout ça à une blanche ?" et je réponds aux infirmiers : "c'est normal avec tout ce qu'on leur a fait vivre, qu'ils soient "racistes" envers nous » (Espérance, psychologue). Nicki Gardwood caractérise également son rôle de tampon ou de coussin (traduction de l'anglais « buffer ») puisqu'elle représente le système l'oppression qu'elle le veuille ou non. Elle doit selon elle constamment justifier ou mériter sa présence comme aidante ou alliée.

Une difficulté supplémentaire s'ajoute à leur travail du fait que les politiques gouvernementales qui concernent les Autochtones sont stagnantes au pays, donnant aux intervenantes un sentiment d'impuissance. Comme un membre très impliqué d'une communauté crie m'indiquait, elles ne font que « réparer les pneus d'une voiture qui se trouent constamment à cause du nombre de clous sur la route, au lieu de changer la route ! ». Dans ce contexte, le rôle d'intervenante psy n'est certainement pas le même qu'au Sud et leur mission rappelle ici encore l'aide humanitaire : « mon superviseur m'avait préparé en me disant "Tu vas devoir apprendre à gérer l'impuissance, la profonde impuissance que... tu sais pas c'est quoi encore Et tu te demandes : « à quoi je sers ? Quand je peux pas aider les gens... » (Charlie). Des « Trauma beaucoup beaucoup plus lourds... » (Alix) et qui parfois resurgissent après des années. Claude me réitérait l'importance du respect de l'intervention en communauté :

Tu travailles souvent avec tellement de gens qui sont polytraumatisés, que les intervenants ont besoin de soutien... Quand t'es intervenante t'as besoin de te soigner aussi... Mais dans ces milieux là c'est encore plus important d'avoir un soutien régulier. Parce qu'il y a ce qu'on appelle le traumatisme

vicariant, qui devient cumulatif. Quand tu commences la première année ça va, j'aime ça, je travaille avec des situations difficiles, puis deux ans... Puis 5-6 ans... Ça devient lourd, surtout quand y'a des incidents de suicides. Plus tu perds des gens au suicide, plus tu... ça va te chercher... (Claude).

Camille traiterait la plupart du temps la démoralisation ou le découragement que des maladies mentales à proprement parler. Il s'agit de termes non psychiatriques qui exprimeraient mieux selon elle la nature du mal à soigner.

En surcroît, les thérapeutes ne sont pas à l'abri d'avoir des effets retraumatiques sur leur clientèle déjà grandement fragilisée. J'ai relevé au moins quatre écueils potentiels, dans leur travail, à éviter pour ne pas répéter les traumatismes. Le premier concerne la composante de contrôle social de la psychiatrie, particulièrement dans le passé. Il faudrait aussi apprendre à ne pas outrepasser son rôle, ce qui aurait un potentiel traumatique. Textuellement, Charlie me disait : « Souvent ils me disent 'C'est toi l'expert, tu vas me dire ce dont j'ai besoin, ce qui est bon pour moi.' [...] Je dois découdre ça, j'veux pas entrer dans cette dynamique-là, parce que je recréerais le trauma, je redeviendrais ... une colonisatrice, falqué j'essaye de recadrer ça, quand je le perçois. » Analogue, le caractère paternaliste de la psychiatrie porterait un potentiel retraumatique. Entre autres, Jade m'expliquait le risque de traumatisme au travers d'une réification du passé colonial, via l'institutionnalisation ou les ordonnances de traitement notamment. L'image du cercle vicieux me venait souvent en tête à l'écoute des témoignages et fut aussi souvent évoquée. Certaines avaient carrément l'impression d'être insérées contre leur gré dans un cycle de retraumatisations, car les traumas causés par des actions violentes, pourraient être suivis de traitements inadéquats, en comorbidité à des comportements destructeurs tels que des dépendances, qui s'ajouterait d'autres états traumatiques. etc. Ainsi, bien qu'il existe une origine historique aux traumas (mot-clé abondamment couvert par des études qui s'intéressent au contexte autochtone), les traumas sont réactualisés, sous d'autres formes contemporaines et ne sont certainement pas qu'historique. Troisièmement, le fait de perdre son thérapeute ou d'autres soignants, à cause du roulement d'employés, peut également être vécu comme un abandon aux effets traumatiques, accentués dans une société où l'attachement a déjà été profondément fragilisé. Plusieurs m'ont justement rapporté la quantité disproportionnée des pertes vécues (accidents, suicides, incidents violents, etc.). Encore plus simplement, le fait de partir, à la fin de son séjour, alors que la personne est dans une étape fragile de son travail thérapeutique, comporterait aussi un risque. Quatrièmement, l'usage de numéros

en tout genre, pour qualifier des patients ou des dossiers par exemple, devrait également être évité, même dans les systèmes de priorisation : « On n'ostracise pas, on ne labelle pas la personne, et on le dit tout le temps... » (Dominique), étant donné que plusieurs clients se sont fait attribuer un numéro pour remplacer leur nom autochtone, au moment de leur entrée en pensionnat (aussi rapporté dans Stevenson 2014).

4.4.5 Diagnostics et surreprésentation

Je m'intéressai dans les entretiens à ce que la différence culturelle poserait comme défis supplémentaires, tel qu'il est suggéré en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie. Or, cette dernière discipline mobilise davantage des approches psychothérapeutiques, au détriment du travail psychiatrique. Il m'a alors semblé intéressant de joindre les deux modes de traitement psychique dans ce contexte donné. La violence potentielle derrière l'étiquette du diagnostic rappellerait pour certains patients les numéros et les étiquettes que les patients ont reçus durant leur séjour dans les écoles résidentielles. Certaines ajoutaient aussi que leurs patients autochtones sont déjà victimes de nombreuses étiquettes souvent négatives et qu'il serait donc peu constructif d'en rajouter une. De plus, certaines relevaient l'inadéquation des tests développés dans un tout autre contexte pour une tout autre clientèle :

Ça m'tentait pas de dire, cet enfant est déficient, alors que j'lui fait passer un test dans une langue qui est pas sa langue première, avec des questions euh qui relèvent de la culture populaire franco-américaine, alors qu'eux, ils sont à l'autre bout du monde ... Qui va mesurer l'intelligence en fonction de ce que nous on a priorisé dans le sud comme étant qu'est-ce que c'est l'intelligence... On n'est pas capable de partir un feu ici, on est pas capable de d'aller à la chasse et de trapper et de savoir où est-ce que les troupes passent ... On n'a pas cette expertise-là, eux autres ils l'ont, mais j'ai pas de tests pour prendre ça en compte. (Charlie, psychologue)

Pour les psychiatres, les risques d'erreurs diagnostiques ne semblaient pas être un problème majeur étant donné qu'elles rencontrent des individus souvent déjà stigmatisés et des cas de maladies psychiatriques plus graves. Certaines me suggéraient même que les médecins généralistes seraient beaucoup plus aux prises avec le défi de démêler les symptômes des croyances et d'autres codes culturels :

Ce n'est pas les psychiatres, mais plus les médecins visiteurs ! Beaucoup moins stables, une semaine-10 jours, Et là ils envoyaient une multitude de références aux professionnels qui sont ici, sans comprendre la réalité... Fait que c'est des gens qui avaient peut-être moins la connaissance par rapport

à ça. Faut une sensibilité humaine... Pas un médecin à la chaîne qui traite des symptômes (Charlie, psychologue).

De plus, comme mentionné plus tôt, ce qui est revenu beaucoup plus fut la lourdeur des troubles et des difficultés rencontrées par les individus depuis la colonisation. Concernant la représentation des troubles, Camille m'indiquait que les « grandes maladies psychiatriques » (bipolarité, schizophrénie, etc.) seraient en prévalence à peu près égale au Sud. Par contre, ce qu'elle retrouve de surreprésenté, ce sont des « tableaux d'allure dépressive », mais qui ne sont en fait que des réactions normales face à une grande adversité dans la vie. Le contexte de précarité sociale crée aussi de la comorbidité avec la consommation de drogues et les causes seraient difficilement identifiables. Pour Dominique, il y a : « beaucoup d'anxiété généralisée ... si je veux mettre des labels, même si j'aime pas ça... Beaucoup de symptômes post-trauma, lié à des choses vraiment vécues, ou par procuration, de manière intergénérationnelle... ». Le tout serait lié pour cette thérapeute à ce « symptôme post-résidentiel ».

Dans certains cas cliniques, la différence culturelle prendrait une importance plus grande et se présenterait en défi. Il y a les exemples de la schizophrénie et des psychoses déjà énoncés. Aussi, les troubles cognitifs seraient plus difficiles à déceler selon Jade, sans doute en raison des délais dans les échanges, parfois dus à la traduction et la différence linguistique, aux codes communicationnels différents, à la signification culturellement différente des silences et à la méfiance envers les cliniciens (qui se traduisant en des réponses plus concises). Ainsi, il serait plus difficile de déterminer les raisons pour lesquelles la personne semble ralentie et s'il s'agit d'un trouble psychique ou non. Presque toutes les intervenantes m'ont confié éviter le plus souvent possible d'apposer des diagnostics ; une tendance que, si elles ne l'avaient pas avant d'y travailler, l'auraient perdue au cours de leur période d'adaptation. Jade :

Ça ne me servira pas à grand-chose mon diagnostic, c'est moi qui travaille avec eux. Et si ça va vraiment mal, je vais travailler avec le médecin, ou la psychiatre, pour une courte durée... Mais c'est moi et les travailleurs sociaux, les intervenants communautaires, c'est nous qui allons travailler avec cette personne-là. L'étiquette, ce n'est pas toujours très pratique.

Ça ne change rien à la façon d'échanger... Ici à Montréal, bon ça dépend, moi je suis souvent portée à poser un diagnostic, parce que les gens veulent être couverts par leurs assurances. Ou le médecin m'appelle, et dit "je veux donner un médicament à cette personne-là, qu'est-ce que tu penses ?" C'est une dépression avec un peu de manie... Ou est-ce que c'est ci ou est-ce que c'est ça? Là-haut, c'est sûr qu'il y a des gens qui ont des symptômes de santé mentale, il y a des gens qui souffrent de

schizophrénie, il y a des gens qui font des psychoses, et entre nous... euh les intervenants, le médecin, la psychiatre, on utilise ces diagnostics-là juste pour que... Surtout quand on rentre dans la médicalisation du problème, mais la majorité de mon travail se fait vraiment au niveau des interventions psychosociales, et... effectivement, je travaille beaucoup avec la personne et sa famille... (Jade, psychiatre)

L'exemple des troubles de la personnalité limite est très éloquent en ce qui concerne les difficultés à diagnostiquer. Dans une perspective de traumatisme historique, de pertes accumulées depuis la colonisation, il semblerait que cette « fragilité » pourrait se manifester par des traits de personnalité limite (*borderline*). Mais si l'ensemble du groupe porte ces traits, s'agit-il encore d'une maladie mentale ou plutôt d'un mal de société ? Charlie se demande :

Alors qu'est-ce que j'ai pu faire ? Je vois que la personne a beaucoup de traits *borderline*, mais qu'est-ce que ça va lui faire, que je lui donne une autre étiquette du Sud. Ça ne veut pas dire que je ne peux pas utiliser mes connaissances en intervention auprès des personnes qui ont des enjeux limites, pour aider la personne à essayer de se comprendre elle-même, lui donner des stratégies

4.5 Conclusion et mise en garde

Ce chapitre rapporte les particularités de la pratique psy dans le Nord-Autochtone. Les données suggèrent que le travail est par défaut interculturel de par l'écart entre les horizons portés par les acteurs de la rencontre thérapeutique. Les principales différences se présentent en relation aux conditions socio-économiques souvent précaires et aux divers effets de la colonisation, aux codes communicationnels, aux conceptions de la santé, de l'épidémiologie et de l'étiologie des maladies. L'ensemble de ces collisions confrontent la pratique des intervenantes qui se voient dans l'obligation de la négocier et de renoncer à certains aspects inopérants dans ce contexte.

Une dernière mise en garde s'impose. Les participantes m'ont souvent rappelé de ne pas seulement parler en termes négatifs des peuples autochtones ou des patients. Presque toutes les intervenantes me rappelaient leur immense résilience. Plusieurs m'ont également confié que, face à un tel degré d'adversité, elles douteraient de leur propre capacité à gérer et qu'elles auraient certainement plus de troubles et de problèmes. Enfin, elles me rapportaient que les communautés s'organisent elles-mêmes pour trouver des solutions locales adaptées et des traitements qui leur conviennent, souvent en mélangeant différents systèmes. D'autres me transmettaient aussi à quel point la clientèle les impressionnait aussi par leur bonne humeur et leur sourire, parfois étonnants pour elles dans les circonstances.

CHAPITRE 5

Ethnopsychiatrie analogique ou une rencontre d'une autre nature⁸⁵

*Nous ne sommes pas pareils
Et pis pourtant on s'émerveille
Au même printemps
À la même lune
Aux mêmes coutumes
Nous retournerons ensemble
Comme cendres
Au même soleil*

- Gerry Boulet (Offenbach)

Nous avons maintenant en tête un survol des données recueillies lors des entretiens. Elles concernent des spécificités du travail des thérapeutes dans le contexte du Nord autochtone. La première étape de l'analyse est comparative et permettra de mieux cerner les éléments ethnopsychiatriques de la situation. Cela me mènera à interroger la nature du travail et le type de soutien psychique qui s'opère dans le Nord. Ce chapitre tient pour objectif d'en arriver à décrire plus clairement les particularités de ces rencontres, les étiologies en présence, et d'évaluer l'imputabilité de la composante socioculturelle dans ce contexte. Cette première étape nous permettra de mieux comprendre comment des différences *culturelles* ou contextuelles s'articulent dans les rencontres thérapeutiques, et les stratégies développées par les psychiatres et les thérapeutes pour s'adapter aux spécificités du milieu. Les résultats préliminaires de cette analyse serviront ensuite l'analyse du chapitre suivant, qui concerne des pistes et des avenues à explorer pour en arriver à des modèles de soins « intégrés ».

S'il se produit bel et bien une collision étiologique, voire cosmologique, dans le Nord, cette affirmation semble être souvent tenue pour acquise dans la littérature scientifique et il est rarement expliqué ou décrit clairement ce qui est constitutif de la collision ou de quels éléments culturels se heurtent concrètement. Pour documenter la nature des rencontres et les spécificités

⁸⁵ Cette expression entend le terme au sens de jugement analogique, dans sa signification philosophique, c'est-à-dire « Qui s'appuie sur l'étude des rapports de ressemblance entre des objets différents » (dictionnaire *Ortholang*). Ici, il est question de contester ultimement le potentiel de développement d'une autre ethnopsychiatrie, adapté au contexte d'étude des communautés autochtones nordiques.

du travail des intervenantes, il sera utile d'évaluer quels sont les lieux d'achoppement potentiels lors des rencontres et les stratégies développées par les participantes à cette recherche pour composer avec les défis particuliers auxquels elles furent confrontées. L'approche de ce chapitre est principalement comparative. Elle mettra en relation les témoignages recueillis aux théories et pratiques d'ethnopsychiatrie tel qu'elle est pratiquée au centre George Devereux, à l'hôpital d'Avicenne et aux cliniques des hôpitaux Jean-Talon et Maisonneuve Rosemont. À ce corpus s'ajouteront quelques éléments d'autres tentatives d'adaptation socioculturelle des soins pour des clientèles immigrantes. Parmi ces dernières initiatives, je prendrai comme point de départ une large étude et des approches développées pour la clientèle afro-canadienne dont la prémisse et les pistes de solutions ont trouvé écho dans la problématique et les postulats initiaux de ma recherche. Ces propositions d'adaptation des services rappellent effectivement à plusieurs égards la situation ici à l'étude. La plupart des données de ces dernières approches furent tirées du rapport de recherche *Vers un nouveau modèle de services pour les Canadiens d'ascendance africaine* (Annoual et al. 2007). Un des objectifs du rapport de Annoual et al. 2007 était d'« élaborer un nouveau modèle de services préventifs et curatifs susceptible de répondre à la réalité et aux besoins de ces populations ». Ces travaux sont déjà associés à des auteurs en ethnopsychiatrie, en interculturel ou en transculturel (Sterlin 1976 ; Bibeau et Corin 1995 ; Lowen 1989).

Bien entendu, l'importation de modèles de soins ne peut se faire sans avoir auparavant comparé les contextes, tâche à laquelle est investi ce chapitre. Cette comparaison n'est pas non plus sans risques épistémologiques, puisque, étymologiquement, le terme autochtone s'oppose à celui de migrant. Tristement et peut-être ironiquement, en contexte de colonisation, ces deux catégories (rappelons qu'elles font référence à de très nombreux peuples variés), ont été minorisées par les mêmes peuples allochtones colonisateurs, suite à des trajectoires historiques toutefois différentes⁸⁶. Ces *deux diversités* semblent régulièrement être mélangées, qu'il s'agisse d'une stratégie motivée par un projet d'assimilation à la société eurodescendante dominante ou

⁸⁶ Exemple éloquent, avant la création d'un ministère des affaires indiennes et du Nord, plusieurs ministères reçurent la « compétence des affaires indiennes », dont le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration entre 1950 et 1965 (Canada, bibliothèque et archives, 2018). De plus, le livre blanc du gouvernement de Pierre-Elliott Trudeau portait en lui à peu près les mêmes implications, et, bien entendu, une idéologie assimilationniste sous-jacente. Ce livre blanc proposait notamment d'abolir le système de réserve, pour que les groupes autochtones intègrent à part entière le Canada multiculturel, au même titre que les autres « communautés culturelles » (Leslie 2002).

simplement d'une maladresse. Il importe alors d'évaluer ici comment importer des éléments d'ethnopsychiatrie et de services pour immigrants sans réduire les peuples autochtones à la catégorie plus large des « minorités culturelles ». Sans cette étape cruciale, tout travail d'analyse ultérieur court le risque d'engendrer une importation de modèles inadéquats, aux relents de colonialisme. Comme hypothèse de départ, et à la lumière des témoignages recueillis, je postule que seulement quelques éléments trouveront éventuellement écho dans le travail des participantes à la recherche. Ces éléments de convergence sont décrits dans ce chapitre, ils concernent notamment la place de la langue ; la manière d'exprimer et de somatiser son vécu ; l'importance du groupe ; la pertinence du centrement – décentrement et du contre-transfert culturel ; et l'implication ou le dévoilement du thérapeute. Les autres particularités du travail psy dans le contexte nordique sont analysées dans le chapitre suivant.

À cette question des deux diversités distinctes, Alexis, d'origine maghrébine, me répondait : « Ce qui est douloureux [...] avec les autochtones, c'est... Il y a la partie, comme les immigrants, ils sont déracinés... de leur territoire et de leur culture... Il y a quelque chose qui a été arraché, il y a eu une acculturation ou déculturation assez euh... assez... virulente [...] » ; elle poursuit en suggérant que les immigrants auraient peut-être une part plus grande de « choix » et de liberté, certes extrêmement limitée, dans leur mobilité : le choix du pays d'accueil, de rester ou pas, etc. Une liberté bien relative, mais sans doute plus grande que pour des peuples autochtones colonisés, vivant une dépossession territoriale, une minorisation et des tentatives d'infantilisation, tout en demeurant sur ce même territoire (inutile de rappeler les nombreuses attaques à leur intégrité politique et à l'expression de leur culture que ces peuples ont essuyées). Une dépossession donc, un « déracinement » physique et culturel qui n'a pas impliqué de déplacement. Alexis poursuit un peu plus loin l'entretien :

Les immigrants ont leur identité... Bon les Syriens ils savent qu'ils sont Syriens, ils savent leur couleur, même s'ils ne connaissent pas la langue... Bon... Les Autochtones ou même les Métis, ils savent qu'ils sont Autochtones, mais ils savent aussi quelque part qu'ils sont regardés comme inférieurs.... C'est tout récent qu'ils disent "non nous sommes comme vous" Et ça sort ça! Hein, parce longtemps ça été la honte, longtemps il y a eu un complexe d'infériorité...

La question du malaise ou de la perte identitaire est aussi évoquée par Bernard Roy (2006) au sujet des habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et d'autres « marqueurs identitaires meurtriers ». Ceux-ci seraient régulièrement appréhendés par les intervenantes dans la clinique.

Tel qu'évoqué en chapitre quatre (4), la peur que leur témoignage ne se fasse méprendre pour réducteur, que ses intuitions deviennent des stéréotypes ou des généralisations abusives se reflétait dans la réticence éprouvée par la majorité des participantes à parler de spécificités culturelles. Ces dernières ramenèrent presque systématiquement la discussion à des questions d'ordre socio-économique et aux conséquences de l'injustice historique et politique. Plusieurs me formulaient clairement leur malaise à être mal interprétées ou à qualifier de traits distinctifs des groupes entiers. Alix par exemple, tentait de s'en distancier : « Bon c'est toi l'anthropologue, c'est toi qui doit savoir ça... ». En réponse à l'inconfort, elles réitéraient très souvent l'importance à accorder au cas par cas, voire de l'impossibilité de généraliser dans leur travail. Alexis, m'illustrait bien le caractère construit des identités et les tensions entre l'individuel et le collectif, lorsqu'on aborde la question de l'identité, de la culture, et de leur construction dynamique. Sa grande sensibilité à ces questions semble avoir été inspirée d'expériences qu'elle a elle-même vécues, au travers de sa migration – comme plusieurs intervenantes d'ailleurs. Elle me rappelait de considérer les influences du groupe dans le développement, sans jamais oublier la variabilité interindividuelle :

[De l'importance] de me trouver bien ici et non pas marginale ou à l'extérieur... Et alors il y a des choses que j'accepte d'ici, et des choses que j'accepte des valeurs égyptiennes, et des choses que je ne prends ni de l'un ni de l'autre et qui fait qu'il y a quelque chose à moi, que je m'approprie, alors je pense que pour les autochtones euh... il y a ça et malheureusement, ce qui les enlève encore, c'est tout le côté euh... toxicomanie, toutes les dépendances... (Alexis, psychologue)

Cette thérapeute rajoutait un exemple antérieur qui concerne la culture et contient l'échelle en niveaux du LABRRI (Gratton 2007) : « Il y aussi, en ethno[psychiatrie]... Moi je me souviens, une dame musulmane, mais pas à Jean-Talon, qui est venue me voir ici... Elle avait son foulard et elle me dit, ah je ne sais pas si je vais revenir, pis bon... Je dis: " demande à ton mari, est-ce qu'il accepterait ? Je sais, c'est important d'avoir l'aval du mari "... Alors elle m'a regardée euh... choquée... : "Pas besoin de lui demander !" Alors ok... Il faut être prudent... » (Alexis). Les thèmes de l'identité, de la culture, des groupes et des frontières font partie des données collectées. Devereux postulait que « le couple conceptuel de base de la psychiatrie est le normal et l'anormal ; son problème focal est de déterminer l'emplacement – le locus – de la frontière qui les départage » (1977 (1956) : 1). Les normes varient selon les contextes sociohistoriques, géographiques et culturels. Cette réalité, amalgamée à la notion de culture, conceptuellement

problématique, sera centrale à ma réflexion et permettra de questionner le processus diagnostique.

5.1 Éléments d'ethnopsychiatrie en convergence

1^{ier} constat de l'étude : le groupe et l'individu

Il pourrait s'exprimer dans le contexte du soin psychique dans le Nord-autochtone une tension ou ambivalence saillante entre l'individuel et le collectif, qu'il faut comprendre sur un continuum. L'offre de service devra répondre à ces deux types de besoins. Le dispositif groupal semble avoir été inventé pour suppléer à un manque de traitement qui aurait une résonance ou serait culturellement pertinent pour une clientèle migrante. Or, des activités thérapeutiques collectives (la plupart du temps « traditionnelles ») sont souvent tenues au sein de certaines communautés autochtones. Dans ces contextes, l'intimité, la confidentialité et la possibilité de ventiler créées par le dispositif thérapeutique prendront une grande importance, de par leur caractère complémentaire au traitement communautaires.

L'ethnopsychiatrie est une science frontière fondamentalement interdisciplinaire qui comprend son lot de tensions internes, et de critiques externes⁸⁷. Ainsi, il apparaît ambitieux, voire impossible de comparer le travail des participantes à la recherche à l'ensemble des travaux d'ethnopsychiatrie, pas plus homogène dans ses théories que dans ses pratiques. Je ne reprendrai pas ici l'ensemble des théories du premier chapitre, mais elles serviront de point de départ. François Laplantine dans son livre *L'ethnopsychiatrie* affirme que

Le clinicien est souvent menacé par deux écueils majeurs. S'il considère l'étiologie par exemple hallucinatoire des propos de son client comme un mécanisme de projection, une expression du désir, il y a peu de chance pour qu'un climat de confiance ne s'instaure entre eux. Le danger consiste ici dans une réduction de l'altérité à l'identité. Mais si, inversement, le thérapeute ratifie le contenu culturel qui lui est présenté, l'accepte comme une hypothèse, et accepte d'entrer dans le jeu de son client, il risque alors d'empêcher l'émergence des éléments proprement intrapsychiques. D'où la nécessité, ainsi que l'écrit Tobie Nathan (1998, p.126) d'"établir un discours métissé dans lequel chaque élément du matériel peut être interprété selon l'une ou l'autre logique" (1988 :44).

Cette citation peut tout à fait s'appliquer à ce contexte d'étude. Les intervenantes semblaient prises dans un dilemme lorsqu'elles se trouvent en présence de l'altérité et de la nécessité de

⁸⁷ Pour en avoir un bon aperçu, voir les virulents échanges entre Didier Fassin (1999 ; 2000) et Tobie Nathan (2000 ; 2003).

développer un espace thérapeutique métissé ou un *transcadre* (Arpin 2006) qui autoriserait la polysémie. Toujours selon Laplantine, les symptômes jugés étranges constituent le principal défi et la raison d'être de l'ethnopsychiatrie, en ce qu'ils nécessitent un travail d'intellectualisation de la psyché en relation à la culture. Il définit même la discipline ethnopsychiatrique comme :

L'étude des rapports entre les conduites pathologiques et les cultures dans lesquelles ces dernières s'inscrivent [...] qui s'efforce de comprendre la dimension culturelle des troubles mentaux et la dimension psychiatrique des cultures, en évitant le double écueil qui consisterait l'un à relativiser toute la psychiatrie, l'autre à psychiatiser toute la culture. (1988 :6)

En suivant les postulats de l'ethnopsychiatre, on pourrait s'attendre à ce que les intervenantes aient vécu un choc culturel dans la clinique, ce que j'ai exploré dans mes entretiens, à savoir quel rôle joue la différence culturelle dans la rencontre thérapeutique ? Il importe alors de détailler les particularités de cette différence, sans oublier de reconnaître l'omniprésence du colonialisme, en trame de fond, qui constitue la différence principale avec la diversité migrante. Les réponses des intervenantes quant au rôle et la place de la culture dans leur travail furent mitigées. Certaines étaient moins réticentes que d'autres à soulever des particularités « culturelles ».

Concernant l'altérité des patients, dans un article de psychologue sur cette question, Judith Morency mentionne un travail *d'accordage culturel* nécessaire (Hoskins 1999 ; CERP 2019), qui se déclinerait en cinq étapes, et qui semble très poche de ce que d'autres auteurs nomment la sécurisation culturelle (Papps et Ramsen 1996 ; Anderson et al. 2003 ; Cotton et al. 2014). Les cinq éléments ont aussi été retrouvés dans les témoignages recueillis, alors mis en parallèle en seconde colonne du prochain tableau. Ces derniers constitueront les thèmes abordés plus en profondeur dans les prochaines sections de ce chapitre.

Tableau 1- Parallèle entre la notion d' accordage culturel et les données de la recherche

Accordage culturel (Hoskins 1999)	Stratégies développées par les intervenantes psy- dans le nord autochtone (données de la recherche)
Reconnaitre la souffrance et l'oppression culturelle	– Sensibilité aux enjeux de colonialisme, au potentiel colonisateur et traumatisant de son travail : rétrochoc culturel et rétroaction transculturelle ;
Poser des gestes d'humilité, conscience des rapports dominants-dominés / majoritaires-minoritaires	– Grande sensibilité aux rapports de pouvoirs et à l'histoire coloniale ;
Montrer la capacité à ne pas savoir	– Partenariat avec les aînés et les guérisseurs traditionnels ; – Connaître les limites de ses interventions ;
Agir avec révérence en approchant la différence culturelle avec estime et considération	– Croyances spirituelles et ouverture phénoménologique ; – Fluidité des croyances et des identités ; – Humilité ;
S'engager dans la mutualité	– Davantage d'implication personnelle et de dévoilement du thérapeute ; – Affaiblissement de la neutralité du thérapeute ;

5.1.1 La langue, l'interprétariat et la culture

On connaît bien l'importance de s'exprimer dans la langue de son choix en thérapie (Nathan 1994 ; Leanza 2006). Charlie exprimait bien cette importance :

Donc la barrière de la langue, quand t'as à parler de tes émotions, de ce qui est de plus profond à l'intérieur de toi, de ce qu'il y a de plus intime... pouvoir parler dans ta langue première, ça fait toute une différence, parce souvent c'est tellement complexe réussir à mettre des mots sur ce qu'on vit pis ce qu'on comprend... [...] C'est pas la même chose... Donc les *community worker* sont une énorme ressource... En même temps... ça a l'autre côté de la médaille qui est : mais tu sors avec mon frère, je

veux pas te parler de mes affaires, donc y'a comme tout le côté de la confidentialité qui est un énorme enjeu ici. Fait que souvent, y'a beaucoup de gens qui veulent parler à un intervenant qui vient de l'extérieur de la communauté... (Charlie, psychologue).

Toutefois, presque toutes les participantes m'ont affirmé que, dans le contexte ici à l'étude, le recours à la langue autochtone qui nécessite un interprète serait parfois altéré par la crainte du bris de confidentialité et est supplanté par une préférence pour l'intimité rassurante de la dyade thérapeutique. Effectivement, dans les thérapies qui se tiennent dans le Nord, plusieurs clients autochtones manifesteraient de grandes réticences à avoir recours à un interprète. Ils préféreraient tenir la séance en anglais pour la plupart, leur deuxième langue, même s'ils ne la maîtrisent pas aussi bien, par peur d'un bris de confidentialité. Certaines intervenantes semblaient y avoir recours un peu plus souvent, alors que d'autres m'en parlaient en termes d'exception. Cela semble varier aussi d'une communauté à l'autre, mais je ne suis pas en mesure, de déterminer les raisons de cette différence avec les données recueillies dans les entretiens. Celles-ci pourraient certainement être influencées par la démographie des groupes. Dans les communautés plus peuplées que des intervenantes y travaillant me comparaient à des petites villes, on y retrouverait une certaine impression d'anonymat, alors que dans les plus petites communautés, les liens sont très serrés et les enjeux liés à la confidentialité et la neutralité sont davantage exacerbés. De plus, la relation que la communauté a entretenue avec ses pratiques traditionnelles, d'autres espaces de guérison alternatifs et la langue affecteront assurément l'importance accordée à l'usage d'un interprète. Camille me disait y avoir recours seulement pour les aînés et de jeunes enfants et « seulement s'il n'y a pas d'autre choix » (Camille). Dans le cas d'Espérance, ce serait pour les jeunes adultes qui ont « échappé à l'école ». À noter que les facteurs limitant le recours à un interprète concernent la confidentialité et le commérage, qui sont davantage un effet de l'isolement relatif et un effet de village qu'une particularité culturelle. Pour parler en termes de culture, ce serait la culture de village relativement isolé, nordique de surcroît, par rapport à la culture de la ville. Il s'agirait alors d'une dynamique qui n'est assurément pas propre à des cultures autochtones. Dans les plus petits groupes par exemple, il est pratiquement certain que le patient et l'interprète se connaîtront. Ainsi, même si le client a confiance en le professionnalisme du médiateur culturel, il ne sera peut-être pas à l'aise de se « dévoiler » et d'aborder des questions sensibles devant quelqu'un qu'il connaît ou qui serait même impliqué dans le narratif.

La langue constitue la source de différence la plus aisée à distinguer, et peut-être la moins politique et la moins difficile conceptuellement à cerner que la culture. Les intervenantes m'en parlèrent souvent et avec beaucoup moins d'hésitation. Bien entendu, elle reflète une différence culturelle et porte en elle une cosmologie, ses conceptions de la souffrance et d'autres modèles d'expression (Nathan 1994 et ; Leanza 2006). Considérant son importance dans la manifestation et l'appréhension du psychique, pour l'ethnopsychiatrie, la langue de choix du patient et le recours à un interprète, qui sert aussi de médiateur culturel, représente une des pierres d'assise du dispositif thérapeutique. Dans le rapport de Annoual et al. 2007 sur les soins de santé mentale offerts aux afrodescendants au Québec, il est recommandé de :

Examiner le rôle des langues colonisatrices ainsi que leur impact sur les soins en santé mentale offerts aux populations d'ascendance africaine. Il est aussi recommandé de prendre des mesures afin d'éradiquer et de sanctionner les comportements irrespectueux et les manquements professionnels de la part du personnel soignant à l'endroit des personnes d'ascendance africaine. (Annoual et al. 2007 : 31)

Ce travail d'introspection semble bien s'intégrer aux processus de *sécurisation* et d'*accordage culturel*. Le rapport mentionne plus loin le rôle primordial de la « langue « de confort » dans la guérison. Ils entendent aussi la langue dans son sens le plus large, incluant la musique, les chants, les danses et toute autre manière de s'exprimer, qui est donc culturellement façonnée.

Comme il l'a aussi été suggéré par Devereux, il ne faut pas s'arrêter au contenu culturel livré par le patient, mais à la manière dont celui-ci le mobilise au sein de son système de référence. Cette nuance semble cruciale pour éviter de pathologiser des croyances d'une autre culture ou d'autres différences culturelles (Santiago-Irizarry 2001). Jade m'en donna de bons exemples en parlant de témoignages de patients qui lui apparaissent parfois comme étant originaux :

Faut voir si c'était présent dans la vie de la personne avant, mais aussi si ce n'est pas le seul symptôme. Et la question que je pose habituellement, c'est : ok, Dieu te parle, mais de quelle façon est-ce que Dieu te parle ? Et tu sais si on me dit "I feel it in my heart, I have a sense that this is what god want" ok là... Mais tu sais "I hear god's voice" ça c'est plus psychotique... Donc c'est plus différencier de cette façons-là... (Jade, psychiatre).

Camille me rapportait la tenue d'un exorcisme aux effets fort bénéfiques pour un patient. Elle me suggérait alors d'imputer les effets thérapeutiques de cette pratique à l'importance du support social qu'offre ce genre de cérémonies qui peut servir à réintégrer malade dans la communauté

(Lévi-Strauss 1949), ce qu'il faut penser en termes d'expérience structurante, « d'un processus d'autodétermination dans une institution religieuse localement réappropriée » ou encore d'un « espace protecteur non pathologisant » (Ibid.).

À la lumière des témoignages recueillis, d'autres éléments entrent en jeu qui ne concernent pas nécessairement la langue et les codes culturels à proprement parler. Ces autres particularités sont souvent confondues avec la culture des usagers et intégrées dans la rubrique des « différences ». Concernant les dynamiques au sein des groupes et avec les intervenantes, Cotton et al. (2014) proposent d'évaluer les effets potentiels de la ruralité et de l'isolement⁸⁸ sur la santé mentale, une influence qui n'aurait pas été étudiée en profondeur. L'intérêt de cette proposition est qu'elle ne concerne ni la différence culturelle, ni le colonialisme, mais des éléments géographiques et démographiques qui semblent plus faciles à contrôler dans des études et moins à risques de réduction que le concept de culture. De plus, même si ces facteurs n'affectent pas spécifiquement le psychique, ils altèrent certainement l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci. Les standards et les normes des services et des interventions n'ayant pas été développés pour ce contexte, ces trois auteurs psychiatres sont associés à la division sociale et transculturelle de l'Université McGill. Ils réitèrent l'importance pour les intervenantes de considérer « les valeurs, le mode de vie, les dynamiques communautaires, et l'organisation du temps et de l'espace dans son ensemble » (ma traduction : 226). Il n'est pas décrit toutefois quels genres de modifications au travail celles-ci doivent effectuer, et sans trop d'exemples concrets des défis auxquels elles sont susceptibles d'être confrontées. Cotton, Nadeau et Kirmayer rappellent que les problèmes de santé mentale ne sont pas nécessairement plus stigmatisés dans des petits groupes et pourraient même l'être moins. Les deux principaux défis dans leur travail se situeraient plutôt au niveau de la confidentialité et des difficultés d'intégration de l'intervenante dans les communautés, en raison de la nature particulière de leur travail. Leurs hypothèses se trouvent ici corroborées par les témoignages que j'ai recueillis.

L'intégration des intervenantes au groupe semble difficile et ne serait peut-être pas non plus souhaitable pour deux raisons. D'une part, le rôle de thérapeute serait difficile à porter, puisqu'elles sont reconnues comme telles dans la communauté et abordées en dehors de leur

⁸⁸ Les auteurs définissent ces deux facteurs par une densité de moins de 1000, et une densité de moins de 400 personnes par kilomètre.

cadre de travail. D'autre part, une meilleure intégration au groupe augmenterait la réticence des patients à aller se confier en consultation. Ces contraintes sont causées par le contexte et ne concernent pas le travail relationnel en soi, mais le façonneront. Les relations dans lesquelles le thérapeute peut ou ne peut pas entrer, l'accès aux références locales et à toutes sortes d'informations complémentaires que l'intégration permettrait se voient compromis. Pour Espérance, qui a porté les deux chapeaux : « Un anthropologue qui pose des questions, c'est un peu différent de quelqu'un qui est là pour entendre des souffrances ... ». Selon elle donc, c'est la nature particulière de leur travail qui entre ici en jeu : « on ne sera jamais vraiment intégré... quand tu es psychologue, et la seule psychologue... » Elle voit au moins un client par maison dans sa communauté. Au contraire, pour Charlie, le fait de rester sur place, malgré tous les défis que cela lui pose, lui permettrait d'élargir son action, de ne plus travailler dans l'urgence et de ne pas faire que l'intervention de crise. Elle doit néanmoins modifier la nature de son travail, pour en arriver à une meilleure intégration dans la communauté. Elle peut aussi mieux intégrer des éléments de la communauté dans son travail. Elle travaille notamment en collaboration avec d'autres types d'approches de guérison qui sont sanctionnées ou non par le centre de santé.

Il s'ajouterait au travail des répondantes la particularité de symptômes associés aux sociétés en changements rapides. Devereux parlait d'acculturation antagoniste aux effets potentiellement traumatiques, causant de fortes tensions internes, notamment au niveau des croyances religieuses ou spirituelles. Les changements peuvent aussi être vécus comme traumatiques, en ce qu'ils ont été imposés. En ce sens, ils auraient des impacts indéniables sur la cohésion au sein des groupes et sur la construction identitaire et psychique des membres de ces groupes, tel qu'en regard à l'allégeance religieuse. L'effritement de traditions et les affiliations spirituelles et religieuses multiples sont régulièrement évoqués autant par les participantes que dans la littérature (Kirmayer 1994 ; Kirmayer, Brass et Tait 2000). Cela pourrait engendrer la perte du filet de sécurité pour plusieurs membres du groupe et, combiné aux effets du colonialisme, contribuerait à créer cette fragilité dont plusieurs participantes me parlaient et qui s'ajoute à cette « lourdeur » de leur travail. Ces changements apportent aussi des désaccords quant à la question du développement social et des orientations politiques et spirituelles que devraient prendre les communautés (opposant les modernes aux traditionalistes par exemple).

5.2 Sortir du cadre pour entrer dans le cercle : le cadre thérapeutique et le déroulement des séances

L'ethnopsychiatrie rappelle que, dans la plupart des régions du monde, la maladie et sa guérison sont conçues collectivement, notamment au sein de plusieurs peuples autochtones d'Amérique de Nord (voir cadre conceptuel). Les séances ethnopsychiatriques promeuvent alors un partage d'expérience via des thérapies familiales, où plusieurs co-thérapeutes siègent pour former un cercle qui inclut les familles et l'interprète (Nathan 1994 : 129). La mise en commun de l'expérience (contre)transférentielles des différents membres du groupe et l'interprétation collective des séances permet peut-être d'éviter des interprétations trop situées. Ses promoteurs en parlent donc en termes de « dispositif démocratique » qui permet aussi l'existence de contradictions dans la clinique (Nathan 2003). L'approche brise de ce fait la répartition habituelle des expertises et du pouvoir. Le patient est reconnu comme expert de sa souffrance singulière, c'est-à-dire qu'on prend son univers comme point de départ et non celui de la société dominante. Dans d'autres contextes, il est beaucoup moins perçu comme stigmatisant de parler de ses troubles en public, en présence de proches, qui sont aussi impliqués dans la situation, alors qu'il ne s'agit pas d'une réaction habituelle ou valorisée dans les sociétés occidentales. Cependant, une éternelle tension entre le groupe et l'individu semble particulièrement saillante dans les villages isolés. Les mêmes effets démographiques viendraient parfois fragiliser cette tendance à la guérison communautaire. En effet, l'aîné ou le guérisseur sont un voisin, ou un père, une mère, un membre d'une famille avec laquelle on est en conflit, etc. La peur du bris de confidentialité se retrouverait aussi durant une séance de guérison traditionnelle en groupe, de peur que les histoires personnelles ne soient ébruitées dans la communauté. Gone (2009) rappelle aussi que plusieurs pratiques autochtones traditionnelles de guérison impliquent des actions et mobilisent beaucoup moins le discours du patient et son récit personnel. Peut-être que ces mécanismes furent développés pour aborder collectivement la souffrance sans courir le risque de heurter la personne souffrante, voire de la re-traumatiser.

Le dispositif groupal serait donc très difficile à tenir dans le contexte des villages nordiques. Espérance me rapportait avoir même déjà essayé, avec très peu de succès. Selon elle, il serait très difficile de mobiliser d'autres membres cliniciens, des interprètes et des médiateurs

et l'entourage. D'autres intervenantes, pourtant familières avec l'approche, n'oseraient même pas, me disaient-elles, en raison ici encore des enjeux de confidentialité et des conflits d'intérêts. Si plusieurs de leurs clients manifesteraient des réticences à parler en présence d'un tiers parti externe tel que l'interprète ou le travailleur communautaire, les intervenantes ne s'imaginent pas élargir davantage le cercle pour y inclure d'autres intervenantes, les membres de la famille, etc. De plus, en raison de la lourdeur des traumatismes, les intervenantes ne semblaient pas en mesure d'avoir recours à des dispositifs plus ou moins impromptus. Alexis abondait dans ce sens :

Alors pour revenir avec le système d'ethno, où on est plusieurs co-thérapeutes... Au début j'ai regardé ça et je me suis dit "ah ben on pourrait faire ça..." Et d'un autre côté je me suis dit... c'est lourd comme euh... Dispositif hein... Par contre, ce qui est important, c'est d'avoir une, euh... un autochtone, à mettons la famille, j'ai toujours voulu avoir euh... un cri ou une inuit, bien représenté dans la communauté. Et qui peut aussi interpréter.

Edgar : Comme un interprète ?

Alexis : Culturel et euh... la langue.

Edgar : Et ça vous faites ça régulièrement ? Ou quand vous rencontrez la famille ?

Alexis : Quand je rencontre la famille, et quand je rencontre euhh bon pour les inuits, je le fais la plupart du temps, parce que, les Inuit, ils disent "oui oui oui je parle, je comprends très bien l'anglais, mais en quelque part, il y a certaines nuances qu'ils ne saisissent pas et ils ne le disent pas, parce qu'ils ne sont pas à l'aise... je dis oui, ok tu parles l'anglais, très bien, peut-être mieux que moi, mais c'est toujours bon d'avoir un interprète au cas où tu veux t'exprimer dans ta langue... Et ce qui est changé aussi dans ma façon de travailler c'est... longtemps j'ai tenu pour acquis que les gens savent ce que fait un psychologue... Alors ils disent ouais "counselling" Et je dis oui, mais je vais t'expliquer, c'est quoi mon rôle... Et j'ai réalisé qu'ici aussi ! Les gens, j'ai pris pour acquis, on en parle, des psychologues, c'est quoi notre rôle, mais non! On a une idée très vague et ... Et de là la nécessité de... Et pendant que, euh... j'explique ou je parle, quel est mon rôle et tout ça, je donne la place à l'autre qui me voit aller. Au niveau de mes valeurs, mes croyances, comment je parle, et... Et je suis, parce qu'au départ, quand je dis bon "qu'est-ce qui t'amènes ? " Et bien "je ne sais pas, on m'a dit de venir..." (Alexis, psychologue)

Deux forces paraissent donc ici en grande tension dans les témoignages recueillis : la tendance à la guérison communautaire, l'approche collective des maux serait opposée au besoin d'intimité, de temps seuls et à la nécessité de pouvoir se confier en sécurité. Comme le suggère le premier constat de l'étude, ces différents systèmes de soin pourraient être complémentaires :

Alexis : j'ai été aussi à quelques cérémonies traditionnelles, voir comment ça se passait... Pour saisir comment ça se passait, bon aussi par curiosité, mais pour saisir un peu ce qu'il en était, comment, ce qui en est, l'impact que ça a pour eux, l'importance...

Edgar : Et c'est quelque chose qu'ils peuvent faire en parallèle de vous rencontrer, en parallèle de votre pratique ?

Alexis : Oui, et c'est déjà arrivé que euh je pense à une dame qui parlait, son père est décédé, pis elle est arrivée, parce que son interprétation des rêves est très différente des occidentaux, et dans nos études, alors, c'est beaucoup plus... euh elle me disait, son père, avant de mourir, lui a dit: "j'ai rêvé que telle personne m'a envoyé un mauvais sort... et... pour que je meure" Alors là l'ethnopsychiatrie m'a aidé ! Euh, mais, moi j'interprétais pas c'est pas moi qui disait, oui je comprends, mais je disais "est-ce que, oui c'est vrai, ce que tu dis, c'est ça, parce que son père est décédé et elle me dit " je crois que parce que son père est décédé, que quelqu'un lui a envoyé un mauvais sort" parce que son père était en forme, et j'ai dit " est-ce que tu connais un aîné, un euh, *elder*, qui pourrait, que t'as confiance, qui pourrait, ou un shaman, ou euh... Là la personne réfléchit, là, je sais pas, j'y crois pas trop trop à ces choses-là... [...] Behn une personne sage quand même, dans ta communauté, sans qu'il soit traditionnel... pour lui parler... puis finalement, je dis, il a aussi une cérémonie à faire ? Toi et tes frères et sœurs, pour purifier la maison ? Alors ça c'est l'ethnopsychiatrie qui m'a apporté ça, que j'ai amenée, qui m'a donné un peu plus d'outils... (Alexis, psychologue)

Ces situations exigent aussi des intervenantes une grande sensibilité, pour lire les raisons qui motivent un client à refuser la présence de l'interprète-médiateur. Concernant le groupe, Claude me rapportait aussi :

Ça va varier constamment, le problème, pour eux, techniquement, moi je voudrais faire beaucoup plus de groupes, de rassemblements interfamiliaux, mais le problème, pour eux, euh... C'est que dans les familles, il y a quand même beaucoup de trauma et ce n'est pas toujours sain d'ouvrir les choses dans la famille, y'a de la consommation, il y a de l'abus, y'a de la violence... Et souvent, eux ce qu'ils veulent, au début, c'est du "un à un"... Pour deux raisons : un, parce qu'ils n'ont jamais parlé, ils n'ont jamais eu la possibilité de s'exprimer... Deuxièmement, parce qu'ils ont peur que ça se sache, et tout se sait, une fois, quand, on parle (Claude, psychologue).

Encore ici, il est question de la peur du dévoilement et du bris de confidentialité, qui a été mobilisée pour justifier leur rôle, leur méthode et le service itinérant dans le Nord. L'importance d'avoir quelqu'un à qui se confier qui ne provient pas de la communauté et qui n'est pas impliquée dans les conflits ou imbriquée dans le système apparaît indéniable. Ce besoin dépasserait ou compléterait des besoins plus collectivistes. De plus, considérant l'importance que prennent les traumatismes et les épisodes de violences au sein des foyers, peut-être qu'il serait impromptu d'adresser ces problèmes en présence de tous (en présence d'agresseurs par exemple). En contrepartie, le fait d'adresser les problèmes de manière plus collective permet d'adopter une perspective systémique ou à tout le moins familiale dans la guérison. De plus, pour certains thèmes, l'approche de groupe pourrait pallier aux conflits éthiques rencontrés par les thérapeutes. En effet, entreprendre une thérapie familiale permettrait d'offrir un soutien, certes partiel, à des membres de la famille que la thérapeute serait éthiquement obligée de refuser en

consultation, par manque d'impartialité. Ce fut la situation d'un des exemples que Dominique me donna : étant donné qu'il suit la fille et la mère, et que toutes deux ventilent par rapport au père, il ne se considérait pas suffisamment neutre face à ce dernier, et n'a pu l'accepter en psychothérapie.

De ces témoignages et de l'article de Cotton, Nadeau et Kirmayer (2014), on peut énumérer des avantages et des désavantages à la ruralité et l'isolement. D'une part, ces facteurs permettent une meilleure cohésion sociale, un meilleur accès à un support social, familial, et un plus grand réseau informel d'aidants. L'accès à ce réseau exige une certaine intégration du thérapeute au groupe, qui empièterait toutefois sur la distance professionnelle telle que conçue dans les soins de santé mentale en occident. Il y aurait aussi une plus grande occurrence de conflit d'intérêts. J'ai schématisé certaines limites et bénéfices aux deux structures d'offre de services possibles dans le prochain tableau :

Tableau 2- Avantages et désavantage de l'organisation fly-in fly-out

Organisation du travail	Avantages	Désavantages ou défis
Intervenante établie en permanence dans la communauté	<p>Meilleure connaissance du système, des références et des ressources locales complémentaires ;</p> <p>Plus grande disponibilité et offre de services ;</p> <p>Diminution des risques d'erreurs diagnostiques et de confusion</p>	<p>Surimplication dans certaines relations et diminution de la neutralité ;</p> <p>Peur du bris de confidentialité et méfiance de la part des patients ;</p> <p>Conflits déontologiques et éthiques plus saillants (par rapport au FIFO) ;</p>
Organisation du travail FIFO	<p>Confidentialité, voire anonymat ;</p> <p>Impartialité dans les conflits / intervenantes « hors système » ;</p> <p>Espace de décentrement lors des périodes « hors communauté ».</p>	<p>Plus longue période pour construire la relation de confiance ;</p> <p>Alternance de l'offre de services / plus faible accessibilité ;</p> <p>Moins grande connaissance des références locales et du contexte : plus haut risque de surinterprétation ou de confusions ;</p> <p>Plus faible présence d'intervenantes psy sur le territoire, c.-à-d. moins de services ;</p> <p>Coûts élevés de déplacements.</p>

Connaitre le patient dans son environnement en dehors du bureau pourrait permettre d'adopter une perspective plus contextualisée, écocentrique ou holistique. Cette approche comporte cependant un double tranchant, au plan éthique et déontologique, et affecterait la dynamique

transférentielle, comme nous le verrons plus loin. Plusieurs troubles de la personnalité sont aussi habituellement abordés par un travail en groupe, ce qui serait impossible à faire dans ces milieux, selon certaines psychiatres rencontrées. Par exemple, les troubles de la personnalité limite (TPL), nécessitant souvent un travail de socialisation par des interventions de groupes. Jade me confiait justement avec déception l'impossibilité de tenir ce genre de traitements dans les villages où elle travaille, en raison des populations trop petites.

Finalement, des témoignages recueillis et en connaissance des raisons qui motivèrent Tobie Nathan à concevoir son dispositif thérapeutique m'inspirèrent une réflexion : le parallélisme ou la cohabitation des méthodes traditionnelles et psycho-psychiatriques diminuerait peut-être la nécessité d'un travail thérapeutique clinique de groupe. En effet, celui-ci fut initialement construit en substitut aux approches traditionnelles, pour une clientèle migrante qui n'était plus en mesure d'avoir recours à ce genre de traitements, puisqu'elle ne vit plus dans sa société d'origine. Or, les peuples autochtones, malgré les changements sociaux et la perte de nombreux territoires, habitent toujours les mêmes lieux. Peut-être donc, serait-il possible d'imaginer d'autres approches dialogales que ce que le dispositif ethnopsychiatrique propose (thème du chapitre six). L'ensemble de ces considérations, déclenchées par les témoignages des participantes mène à une première hypothèse qui concerne les approches et la manière d'appréhender la santé mentale et son soin dans le Nord.

5.3 Émotions et somatisation

Les intervenantes abordèrent la question de l'expression des émotions et des difficultés qu'elles rencontrent à créer un espace de confiance et de sécurité qui mèneraient le patient à se confier. Les « I don't know » reçus régulièrement par Charlie à ses débuts, la distance des clients et la difficulté à entrer en contact sont autant de défis qui ont été relevés. La distance, symptomatique d'une grande méfiance, diminuerait avec le temps. Il y aurait selon les répondantes une composante « culturelle » au peu d'élaboration verbale durant les rencontres : « not the most expressive culture » (Alix). La question de la suppression consciente d'émotions ou de la somatisation de la détresse - son expression autrement que par le discours, peut-être par d'autres types de comportements destructeurs tels que la consommation - fut aussi investiguée par une étude de Nadia Ferrara datant de 1999. L'auteure cite une publication de Prince 1993

qui affirme que la faible verbalisation de patients autochtones serait liée au contexte de la rencontre et tendrait à changer avec le temps. Ferrara propose ensuite une interprétation à cette observation : elle pourrait s'expliquer par le fait que les thérapeutes apprendraient graduellement à mieux lire le code communicationnel plus restreint de leurs patients, en acquérant des connaissances sur leur univers social (1999 : 15). D'autres auteurs ont aussi formulé l'hypothèse d'un registre linguistique différent et plus limité en ce qui concernerait les émotions. Les émotions pourraient alors s'exprimer autrement, c'est-à-dire de manière non verbale (Bernstein 1964 cité dans Ferrara 1999) ; ainsi, dans certains contextes non occidentaux, il y aurait une somatisation différente des émotions. Kirmayer définit la somatisation comme étant l'expression de symptômes physiques sans qu'il n'y ait de preuve d'aucun problème organique ou physique les maux étant alors d'origine psychique. Kirmayer parle aussi d'idiomes de détresse culturels (traduction personnelle, 1984). En termes psychanalytiques, le dictionnaire de Laplanche et Pontalis explique la notion : « le corps [...] ou tel organe particulier fournirait un matériel privilégié à l'expression symbolique du conflit inconscient » (1981). Ferrara consacra son étude à cette question de l'expression émotionnelle chez les Cris (1999). Sa recherche est motivée par un constat issu de son expérience clinique personnelle d'art-thérapeute que le fait de dépeindre les patients autochtones comme étant généralement taciturnes et peu expressifs représente un stéréotype ; ce serait plutôt les catégories d'évaluation et l'approche qui ne seraient pas adaptées. Particulièrement, la notion de « conscience psychologique (*psychological mindness*) est connue pour faciliter le travail psychique. Le diagnostic d'alexithymie, un trouble de l'émotion, ne devrait pas être importé dans le contexte des communautés crie. En bref, le fait de considérer le peu de verbalisation des émotions comme une déficience psychologique serait réducteur et inadéquat. L'expression à travers des dessins et d'autres arts, par rapport au dialogue interrogatif d'une consultation, atténuerait la différence. Alix et Jade posaient l'hypothèse que les traumatismes généralisés dans des communautés ayant plus vivement subi la colonisation affecteraient la capacité à l'introspection ou la population serait trop fragile pour le faire, ce qui augmenterait la résistance au travail psychique et au dévoilement.

D'autre part, Ferrara cite Appelbaum (1973) selon qui « people from some cultures may be more amenable to thinking psychologically than those from other culture ». Cette dernière affirmation m'a été formulée de manière presque identique par trois participantes à la recherche.

Alix rapportait un contraste entre deux communautés qu'elle dessert dans la sensibilité, la conscience psychologique et la capacité d'introspection. Elle s'explique mal ces différences mais, d'instinct, elle met en cause les effets de la colonisation. Le défi d'une somatisation différente des émotions, doublé de l'alternance de l'offre de services due à la structure FIFO, mène certaines intervenantes à contester la pertinence d'adopter une approche psychodynamique ou psychanalytique dans ce contexte. Pour Ferrara, comme pour Lou, Jade et Claude y préfèrent d'autres approches et d'autres médias et accorderont un surcroît d'importance à l'expression par l'art. Charlie et Jade opteront pour des traitements plus concrets : encourager le client à passer du temps sur le territoire ; pratiquer des activités « traditionnelles » avec des aînées ou des guérisseurs (artisanat, chasse, pêches et cérémonies), ou encore d'autres approches plus collectivistes où la verbalisation par la parole n'est pas au centre du traitement. Une littérature ethnopsychiatrique rappelle aussi que, dans d'autres cultures, l'expression et donc la guérison des maux se ferait autrement, au travers du corps, de la danse et de la *trans* plutôt qu'à travers le discours (Sterlin, communication personnelle ; Annoual et al. 2007). Ces manifestations pourraient être inintelligibles voire dérangeantes pour la plupart des Occidentaux. Dans un même ordre d'idée, Nathan remet en question des traitements occidentaux des désordres psychiques en affirmant que « les psychanalystes ont longtemps prétendu que l'acte était parole, parole non dite, parole usurpée, parole impossible, parole trop dense, trop pleine. L'analyse des techniques thérapeutiques traditionnelles montre au contraire que toute parole est un acte qui annonce ou répète des processus formels qu'un bon guérisseur s'emploie à manipuler sur le corps même du malade, sur sa famille, sur des objets, afin d'obtenir des modifications psychiques. » (1994 : 62).

5.4 L'implication du thérapeute, le transfert et les connaissances

2^{ème} constat de l'étude : l'écart ou le décalage à combler entre patient et soignant

L'écart ou le clivage entre les acteurs de la rencontre est important d'emblée. Des stratégies particulières doivent être développées pour le réduire. Les principales stratégies qui semblent pertinentes dans ce contexte encouragent une implication personnelle plus importante des thérapeutes pour favoriser la création d'un lien. Cette attitude implique aussi un aplanissement de la relation de pouvoir, pour donner lieu à davantage de

réciprocité dans la relation. Une attention particulière est cependant importante à apporter aux formes que prendra le contre-transfert culturel dans ce contexte, alors que la relation thérapeutique est altérée.

Le fait que les communautés soient petites et isolées constitue une autre composante d'importance dans le travail des thérapeutes, qui ne concerne pas directement la différence culturelle. Ce contexte fait en sorte que la neutralité du thérapeute et la distance, telle que promue en psychologie classique, serait presque impossibles à maintenir. Il apparaît difficile d'entrer en relation, de développer des amitiés, de conserver une vie privée, puisque chaque membre de la communauté représente un patient potentiel et que les soignantes suivent au moins un patient par foyer. Or, la distance professionnelle, ne serait peut-être pas non plus souhaitable, ou à tout le moins, à un plus faible degré, dans ce type de rencontre où l'altérité et l'écart entre les acteurs sont déjà évidents et qu'il importe justement de diminuer. L'ethnopsychiatrie se sert des notions de *don*, *contre-don* et de *réciprocité* de Marcel Mauss (1923), comme outil indispensable à la création d'une alliance en contextes interculturels et ici coloniaux de surcroît. Le thérapeute devrait parfois s'investir plus personnellement dans la rencontre, comme les prochains témoignages d'Alexis et de Claude nous l'illustrent. À la question des particularités de son travail au Nord, Alexis me répondit :

Ok qui t'a dit de venir ? Oh là-bas, à la clinique... C'est sûr je peux regarder là, mais, ah je dis bon... Au début ça me bloquait, le choc culturel hein ! Mais ce qu'il ou elle me disait, c'est, behn attend là, moi je suis pas à l'aise, hein, ok on va faire connaissance, euh je te connais pas, euh... Comme blanche, est-ce que tu nous juge, est-ce que t'a des préjugés, c'est quoi ? De là l'importance aussi d'expliquer mon rôle, et tout ça, et de donner la place à l'autre de m'observer...

Edgar : Oui, c'est intéressant... Et est-ce que ... Vous vous pensez que vous faites plus ça là-bas qu'ici peut-être ?

Alexis : Oh je le fais ici ! Mais bon ici je ne parle pas de mes valeurs, euh...

Edgar : Dans la psychothérapie plus "classique" j'ai l'impression que le psychologue s'expose un peu moins ?

Alexis : Behn je ne m'expose pas... c'est-à-dire je parle quand même du cadre, du cadre professionnel, et non pas de moi comme personne, ma famille... Je ne parle pas nécessairement de ça, je parle plus de... Quel est mon rôle de psychologue et comment on peut travailler ensemble...

Edgar : Et c'est quelque chose que vous avez développé au Nord ?

Alexis : Là-bas oui et, au niveau, comme j'y allais une fois par mois, mois et demi, donc là aussi, c'était très conscient qu'il y a des choses que je ne vais pas toucher, ou en tout cas, si j'ouvre une porte, euh... les... je travaille beaucoup avec les travailleurs locaux, communautaires et je leur disais, bon, on écrivait le plan d'intervention : "ce que j'aimerais, c'est que tu rencontres telle personne, et que tu poses telle ou telle question, que tu vois comment ça se passe..." C'était très concret... Et je revenais et puis là bon on voyait la personne... (Alexis, psychologue).

La réciprocité dans la relation client-thérapeute peut également s'exprimer autrement. Lou me parlait des dilemmes éthiques qu'elle ressentait par rapport aux cadeaux que les clients lui offrent. Ses services étant monnayés, elle préférerait éviter les situations où elle se sentirait redevable envers le client. Or, les normes étant différentes dans d'autres contextes, elle craint qu'un refus des dons n'affecte la relation de confiance. De plus, la déontologie des psychologues recommande également de ne pas accepter de cadeaux. À ce propos, Houde donne l'exemple des produits de la chasse et de la pêche (Houde 2018). Or, pour Savin et Martinez (2006) « accepter de tels cadeaux indique au client que la relation est précieuse. En contrepartie, le fait de les refuser peut être préjudiciable » (traduction personnelle). Ainsi, la réception de cadeau pourrait aussi par moments diminuer le rapport de pouvoir et consolider la relation thérapeutique. Charlie, Dominique et bien d'autres me disaient que les intervenantes devaient « faire leurs preuves » et que ce n'est pas le Curriculum Vitae ou les diplômes qui seront valorisés, mais beaucoup plus l'attitude respectueuse, humble, et non coloniale. Pour Claude également : « pour eux ce n'était pas mes diplômes qui importaient, c'était mon expérience de vie... Et plus j'ai avancé, plus j'ai compris que l'expérience et la narration de l'expérience, qu'elle soit une brève narration ou une longue narration, pour créer un lien entre... dans la narration, un lien entre les situations, des réactions, les conséquences et tout ça, comme on fait dans une histoire... ». Cette psychologue comparait justement son expérience d'ethnopsychiatrie à son travail dans le nord. Les questions qui sont perçues comme intrusives, et l'utilisation comme outil de secours du don et du contre-don, qui la mèneront à une relation de réciprocité avec le patient, dans dialogue plus égalitaire et interculturel :

Je demande toujours, raconte-moi ce qui s'est passé, raconte-moi l'histoire. Parce que je si je demande comment tu te sens, ou est-ce que t'es triste, behn des fois ils sont pris... Alors c'est moi qui va leur raconter une histoire, comme en ethnopsychiatrie : "Je ne sais pas, parce que je suis pas à ta place, mais ce que je sais, c'est que ça me fait penser à ... Me fait penser à" ... Et là des fois ils vont me dire "mais non, ça n'a pas rapport madame", mais je peux déjà leur donner un exemple d'histoire et de ce

qui peut se passer. Je leur donne quelque chose, mais tu donnes le choix de dire "C'est ça, c'est pas ça, c'est proche de ça, non"

Et là ils vont me raconter quelque chose de parallèle... Et ça on fait beaucoup ça en ethnopsychiatrie aussi, parce qu'on écoute la personne et on n'est pas sûr, et au lieu de demander "c'est-tu ça ?". Behn nous ce qu'on faisait c'est "behn moi, chez ma mère, des irlandais, ce qui arrivait, quand quelqu'un mourait, blablabla..." Je peux même donner une opinion dans la manière de gérer le deuil dans la famille irlandaise, mais c'est de ne pas leur imposer, et là ils me diront "ah c'est pas du tout comme ça chez nous" ... (Claude, psychologue)

C'est aussi peut-être dans ce sens qu'Alix me confiait avoir l'impression d'en retirer plus que ce qu'elle apportait au Nord : « Pendant longtemps j'ai hésité à aller travailler dans le Nord, je trouvais qu'on a fait assez de tords, et que peut-être ce serait mieux de juste quitter, qu'est-ce que je peux possiblement faire ? Je trouvais que je prendrais plus d'eux que je donnerais... » (Alix, psychothérapeute). Pour Lou, « dans la rencontre interculturelle, plus on parle de nous, plus on amène l'autre à se dévoiler aussi ». Ce constat, très intéressant, est toutefois confronté, en contexte d'intervention au défi des barrières professionnelles à ne pas franchir. Cette situation qui peut mener à des malentendus interculturels. Mais où alors situer la limite à ne pas transgresser ? Dans les mots de Savin et Martinez, « because of the power differential in the client–professional relationship, it is the professional's responsibility to be vigilant in the dynamics of boundary negotiation » (Savin et Martinez 2006). Ils distinguent la violation de la transgression. Ils définissent la transgression de limites comme « transactions within the therapeutic encounter that may require ethical analysis to determine their appropriateness » (Ibid). Ces situations nécessitent évidemment une évaluation systématique selon le cas par cas. En effet, « some boundary crossings are to be avoided because they may lead to boundary violations, whereas other boundary crossings are appropriate and may enhance the client–professional relationship and the outcome of treatment. ». Certaines transgressions, selon Savin et Martinez, pourraient être bénéfiques pour le client, une perspective sur laquelle la recherche se serait beaucoup moins penchée. Une attention particulière doit aussi être apportée à la différence culturelle, puisque, comme ils l'affirment dans un article dédié au travail avec des réfugiés : « in these settings, client and professional may not share the same notions of the role of patient and clinician, the appropriate place and time for healing, the meaning of symbolic acts, and the expected outcome. Patient and clinician must negotiate the parameters of treatment

(Kirmayer 2000) ». Cette citation est en accord avec les théories d'ethnopsychiatrie et les défis recensées dans mes données. Toujours selon Savin et Martinez, le clinicien devrait évaluer :

The client's previous exposure to western health and mental health systems; the professional's degree of indoctrination within this system; the power differential between client and professional as perceived from the client's culture of origin; options to deal with the presenting problem in the client's culture of origin in contrast to the professional's culture; gender roles in both cultures; the comfort level of both client and professional in dealing with diverse cultures; and understanding behaviors and rituals of showing gratitude and reciprocity in both the client's and professional's culture of origin (Savin et Martinez 2006).

À la lumière de cette recherche, il apparaît que la position intérieure du clinicien, c'est-à-dire l'attitude du client par rapport à son groupe ethnoculturel d'origine pourrait s'ajouter à l'énumération précédente. Savin et Martinez poursuivent : « Clinicians may need to act more as allies or friends, freely sharing advice and using self-disclosure more often. This is particularly important when dealing with clients who have experienced overwhelming trauma, as is the case with many refugees. » (2006). Je posai la même question des particularités et des limites de son travail à Alexis :

Edgar : Des fois justement, dans la rencontre, dans l'interaction, culturellement, des fois il a des codes, des manières d'exprimer des choses, qui sont teintées par la culture, des fois est-ce que ça ça...?

Alexis : Oui, oui, rien que physiquement, on n'est pas face à face, on est plus de biais. Avec les inuit aussi, euh... Plus de biais, et... ce n'est pas nécessaire qu'il y ait... dès le début des contacts visuels. Mais éventuellement ça vient lorsqu'il y a un lien qui se crée... une confiance qui se crée... Là le contact vient...

Edgar : Et c'est plus long ?

Alexis : Oui. Dans la consultation, la majorité du temps, pas tout le temps bien sûr ça dépend qui j'ai devant moi... je reste très concrète. Donc des choses et des exemples concrets... J'utilise des exercices où on peut écrire, pour que ça soit visuel, euh... Quand je dis bon, moi, je suis spécialisée... je suis formée en hypnose, donc la visualisation. Et ça va beaucoup, pour eux la partie spirituelle aussi... Donc la visualisation peut aller dans la nature, pour baisser l'anxiété, ça je l'ai utilisé pas mal là-bas, ou quand je leur donnais des choses à faire au niveau de la relaxation, j'allais pas dire " bon allez prendre des cours de yoga", mais plutôt "allez dans le bois"... Euh... des tricots...

Edgar : l'effet thérapeutique d'aller dans la nature ?

Alexis : Oui, des choses où il y a fallu ajuster...

(Alexis, psychologue)

Les participantes m'ont relevé des éléments d'ethnopsychiatrie sans le dispositif. Elles ont fait mention de la fluidité et du caractère construit des identités et des cultures. En surcroît, il est question ici de lieux où il y a eu énormément de métissage et où il y aurait une étonnante manière de « raisonner et de jongler avec les religions » (Espérance). Une autre différence avec les

services pour migrants semble impliquer la conception et la manière d'habiter le territoire, aussi évoqué par Alexis en introduction de ce chapitre. En bref, le sentiment d'être dépossédé ne serait pas le même que celui d'être mal accueilli, ou encore les changements identitaires d'une autre nature que celle des migrants, que vivent nombre d'autochtones.

Tobie Nathan relève trois niveaux d'effets du cadre thérapeutique psychanalytique : spatial, théorique et émotionnel. Le premier réfère à un espace artificiel conçu pour favoriser l'induction au patient du processus transférentiel et favoriser une ouverture de sa part. Le second s'intéresse au discours associatif du patient interprétable grâce aux outils théoriques de la discipline (mécanismes psychiques sous-jacents, inconscients, etc.). Le troisième concerne le transfert comme analogie d'émotions et d'attitudes intérieures du patient. Nathan parle *d'inférence analogique* ou de la « capacité [du cadre] à produire des analogies et des médiations par l'intermédiaire d'une redondance entre contenants et contenus » comme étant la source principale de l'efficacité thérapeutique de l'approche (1994 : 124 et 125). Dans le contexte de villages, le transfert devra être compris et utilisé différemment, puisqu'il se verrait profondément altéré par l'impossibilité de l'anonymat. En effet, les thérapeutes en connaissent souvent beaucoup sur les patients avant même de les rencontrer en consultation, et vice-versa. Les deux partis seraient moins neutres et portent certainement quelques préjugés - qu'il ne faut cependant pas comprendre comme étant fondamentalement problématique, mais plutôt universels et inévitables (White 2013). Cette situation crée une particularité du contexte qui ne semble ni bonne ni mauvaise, mais qui altère certainement le contenu du transfert et amène à réfléchir sur la manière de la travailler. Cette situation rappelle aussi le caractère itératif des questionnements éthiques, étant donné que les intervenantes doivent se questionner continuellement.

Tel qu'évoqué en chapitre trois (3), cette question du dévoilement de connaissances sur l'histoire et le narratif du client serait moins problématique dans le travail des psychiatres. Cotton, Nadeau et Kirmayer suggèrent même que cela pourrait permettre aux psychiatres de comprendre les problématiques du patient dans une perspective plus écocentrée (2014). Celle-ci serait complémentaire aux informations issues de l'entretien, étant donné que les réponses des patients inuit seraient apparemment plus concises, et qui empêcherait d'aller en profondeur lors des consultations psychiatriques. Camille et Claude me parlaient de l'utilisation des récits comme d'une approche moins intrusive. Leur approche semble correspondre à une tendance

répandue qui encourage les intervenantes à accorder une plus grande importance aux récits (de l'anglais « narrative »). Cette stratégie est similaire à l'approche ethnographique (Kleinman, Eisenberg et Good 1978). En ce sens, Savin et Martinez affirment :

Envisioning the clinician as a participant in an evolving story that is joined to the story of the client or co-constructed (Kirmayer, 2000) emphasizes the relational aspect of these dilemmas. Considering boundary dilemmas as part of this shared story can connect clinicians to the central questions of why and how best to enter the suffering and healing of our clients (Martinez, 2002) » (2006).

Ces auteurs ajoutent en fin d'article que « the mixing of formal and informal roles does not diminish the importance of considering boundaries. On the contrary, it makes boundary considerations even more important. Professionals must have acute awareness of their client's transference and their own countertransference so that they are able to provide the most benefit and pose the least risk of harm to their clients. » Cette question du contre-transfert sera maintenant étudiée, étant donné qu'elle représente un écueil particulier, lors de consultations interculturelles.

5.4.1 Contre-transfert culturel

Rappelons que Marie-Rose Moro définit le contre-transfert culturel comme : « la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient, par rapport à ses manières de faire, de penser la maladie. Il s'agit donc de définir le statut épistémologique qu'on attribue à ce que les patients nous livrent ou notre position intérieure par rapport à tous ce qui est codé par la culture du patient. » (Moro 2006). Tel que présenté en cadre conceptuel, le processus de décentration constitue un des outils de prédilection de l'ethnopsychiatrie clinique (Cohen-Émerique 2004) que les intervenantes doivent effectuer pour ne pas tomber dans le piège du contre-transfert culturel. Certains témoignages ont fait écho à cette méthode dont celui de Victoire qui me parlait d'esprits visiteurs : « faut que je respecte ça, si c'est ça pour elle... je ne vais pas arriver et dire "non non non". Comment elle trouve du sens, c'est ce qui compte ! ». Dans le même sens, Charlie a vu ses valeurs confrontées à certains moments de sa pratique. Elle dû prendre du recul sur ses interventions pour réaliser « l'aspect culturel qui faisait que ma cliente agissait comme ça, et que moi je ne voyais pas, et qui était en conflit avec ma propre culture, par exemple [...] en trauma de l'enfance ou en violence conjugale... ». La mise en contexte

sociohistorique et les risques de l'interprétation située demandent aussi à Claude une constante remise en question qui semble lui induire dilemmes et angoisse :

Mais des fois c'est social, tu sais, ma façon de faire elle est beaucoup mieux, des fois les enfants seraient beaucoup mieux si les parents agissaient comme euh... je ne sais pas comme ma voisine faisait avec ses enfants, et puis... ils seraient peut-être mieux d'une autre façon, mais tu sais que c'est un jugement. Il faut voir aussi pourquoi c'est différent, qu'est-ce qui existe qui est différent qui fonctionne, qu'est-ce qui est différent qui ne fonctionne plus, parce que justement c'est des conséquences, non de leur façon de faire, mais tu trauma familial. Alors ... Et ça, c'est un grand travail d'aller voir ça... Il faut toujours se questionner, toujours... (Charlie, psychologue).

L'attitude de sauveur, aussi évoquée par l'anthropologue Marie-Pierre Bousquet dans ses *10 stéréotypes à éviter sur les Amérindiens* (2012), représente une de ces réactions contre-transférentielles qu'il faut éviter. Bien que cet écueil de la relation d'aide ne soit pas nécessairement propre au contexte colonial, il en serait grandement accentué. Alix me dit « [o]n n'a pas tant de pouvoir que ça hein... *you do what you can*, mais oh *I'm not gonna change the world*, et ça c'est important quand tu montes dans le Nord, tu ne peux pas t'attendre à ça... ». Elle me parlait du même coup de l'attitude de sauveur qu'elle perçoit encore parfois chez d'autres travailleurs-ses : « ils les rendent comme des victimes, mais ce n'est pas des victimes, *I mean*, oui ils ont traversé beaucoup, mais tu sais, ils sont très résilients ! Tu sais avant moi des fois, ils n'avaient personne... Et *they survived you know...* »

De plus, ce que Claude entend par « ce qui ne fonctionne plus » dans l'extrait précédent évoque ce que me rapportaient aussi Camille et Jade concernant des pratiques culturelles particulières. Certaines réactions ou traits de personnalité encouragés – qu'on pourrait appeler des idiomes de détresse culturellement sanctionnées - tels que le refoulement, l'importante maîtrise des émotions (Briggs 1970), l'âme-nom, les esprits, « une culture basée sur la famille élargie » dans la gestion des conflits, des deuils et de traumatismes par exemple, ont constitué des mécanismes à fonction psycho-sociale. Or, en raison des changements sociaux récemment essuyés par les communautés du Nord et « la trop grande quantité de trauma », ceux-ci seraient devenus insuffisants, inopérants, voire contre productifs. Jade me disait que la grande accumulation de trauma refoulé ou non-verbalisés menaient justement plusieurs de ses patients à « exploser » lorsque la charge est trop importante. Ceux-ci se refermeraient ensuite complètement. Une attitude qu'elle qualifie de « culturelle » avec laquelle elle a dû apprendre à

composer. Claude manifestait une étonnante connaissance « anthropologique et historique » des communautés où elle a travaillé :

Les Cris c'est des chasseurs, ça fait... Moi je travaille encore avec des chasseurs, mais ça fait quand même peut-être 50 ans que les gens ne vivent pas principalement de chasse, mais ils se nourrissent de chasse encore... Et ça c'est toute une autre affaire, c'est une agriculture, t'as une société collective, tu stock, ce que tu fais pousser, tu protèges ce que tu fais pousser, tu te déplaces peut-être deux fois par année, l'été et l'hiver, t'as deux campements, c'est comme une immigration hivernale et estivale. Quand t'es chez les Cris, ils ont des fois des territoires énormes ! Des lignes de trappes, et ils se déplaçaient beaucoup et la notion de village qu'on a créé était seulement des villages d'été, où les gens se rassemblaient, pour sécher le poisson, pour se rencontrer, pour se marier, pour trouver un partenaire... euh y'avait la notion du camp d'été, mais en hiver, ils gens étaient en groupes de familles, dans la brousse

E.B. Mais ça, ça se transmettait dans la pratique ?

Claude : Tout à fait ! Dans la façon de vivre dans la famille, c'est très très fort ! La construction, tout le lien familial, l'appartenance à une famille, l'identité familiale, très très très importante. Et ça c'est la famille élargie, et très souvent les enfants sont élevés par la tante ou la grande tante et on appartient à une famille, et moins qu'à euh... Une famille élargie, pas nucléaire, jamais jamais... Alors quand on interview, il faut aussi prendre ça en ligne de compte... Mais euh pour aller semer la zizanie dans euh et chez les Mohawks, c'était une autre structure, les gens vivaient aussi en collectifs énormes, en maison longue, souvent c'était des très grandes familles élargies qui vivaient ensemble, dans les maisons longues c'était important... Et eux ils ont une structure sociopolitique très complexe, avec leurs croyances... euh je dirais spirituelles qui servaient aussi le tissu et qui construisaient les pratiques sociétales. Fait que dans ta croyance, comme les chrétiens, mais on est un peu loin de ça maintenant, que nos pratiques spirituelles euh ont vraiment déterminé la façon dont on vivait [inintelligible] Et ça fait que si j'étais agriculteur, il y avait toute une cosmologie qui va avec ça, alors ça dicte euh... (Claude, psychologue).

À la lumière de cet extrait, il semble qu'en portant un jugement trop hâtif sur une particularité du milieu qui semble négative dans la vie du client, on court le risque compromettre son ordre cosmologique (Sterlin 2006) et on court le risque de « créer la zizanie » jusque dans la structure sociale même des groupes, aux effets donc très proches de ceux du colonialisme, à tout le moins au plan symbolique. Selon Charlie, se surinvestir dans la relation d'aide, bien qu'il s'agisse d'une attitude à éviter en général consiste parfois en une attitude coloniale. Alexis abondait dans ce sens alors qu'elle m'expliquait la complexité de la situation et les effets psychiques profondément ancrés de la colonisation (Fanon 2015(1952)) :

Alexis : là où j'ai fait de la consultation, ça prend du temps... pour qu'on me connaisse : est-ce qu'on peut me faire confiance ? C'est quoi exactement ma façon de travailler, est-ce que je les juger, est-ce

que je me prends comme quelqu'un qui est au-dessus d'eux ? Moi qui sais... Et c'est déjà arrivé quelques fois, je pense à un M. Cris, qui me disait souvent "enseigne-moi, toi tu sais, comment je peux me sortir de ce pétrin-là ?" Alors il était très frustré après moi...

Edgar : Il n'y a pas de solution aussi simple...

Alexis : Oui, oui et il ne faut surtout pas donner de solution, je ne suis pas dans ses souliers, ni dans son contexte, ni dans sa famille, mais par contre on peut chercher ça ensemble, et ça l'achalait... Parce que c'est beaucoup... Mais c'est un système médical... Beaucoup beaucoup... Et ce système médical, on va voir le médecin : "j'ai mal ici" et "ah ok, c'est ça le problème, je te donne tel médicament"... Alors, en tant que psychologue, en tout cas, moi mon approche, c'est pas du tout ça... Il y a une souffrance, on va regarder ensemble, pis on va chercher ensemble... (Alexis, psychologue).

Les intervenantes doivent apprendre à « tolérer l'impuissance », face au système qu'elles ne peuvent changer individuellement et qui les mène même à s'interroger sur la pertinence de leur travail. Il ressort donc des données que l'impuissance ou un certain sentiment d'enlisement de patients soient transférés ou vécus dans le contre-transfert. Cette situation très inconfortable des thérapeutes a néanmoins le mérite de les sensibiliser profondément aux enjeux de colonialisme. De plus, cette impuissance leur fait réaliser les limites, qui contribuera, comme on le verra dans la section 5.6 à un effet de rétroaction sous forme de rétro-choc culturel. Alexis :

Et il y a beaucoup d'impuissance qu'on vit, les non-inuit ou les non-cris, beaucoup d'impuissance, parce qu'on arrive pas à rentrer, on ne saisit pas les chocs culturels... là, là il est très très évident, et moi lorsque je retournais, euh que je retourne, que ce soit une communauté ou l'autre ... chez les autochtones, je le sens, malgré les 18-19 ans, je vais freiner certaines choses, parce que je suis pas dans le même rythme... Il y a le rythme qui est différent, le temps est différent, la notion du temps, euhm... Si je ne viens pas au rendez-vous... dans... pour moi, quand un client ici ne vient pas au rendez-vous, bon il y a une résistance ? Il y a quelque chose qu'il évite ? Etc. Et là-bas, il ne vient pas pour ça. Il faut faire attention à ne pas "sur-interpréter des fois. (Alexis, psychologue)

Les intervenantes y développent un nouveau regard face à leur société. Elles doivent accepter que le soin ne soit pas parfait et que cet état de fait soit en dehors de leur recours. Cotton, Nadeau et Kirmayer (2014) parlent aussi des nombreuses contraintes de ces milieux (coût élevé des services, manque d'évaluation des programmes, discontinuité des et évolution des services en silos, etc.). Pour éviter de tomber dans les nombreux pièges auxquels elles sont exposées, les intervenantes doivent adopter une approche empreinte de « sécurité culturelle », qui semble incontournable dans ce contexte (Cotton et al. 2014 ; Carole Lévesque, témoignage à la commission Viens en 2017).

5.4.2 Attitudes et positions intérieures des thérapeutes

Judith Morency réitérait l'importance de développer une « [c]ompétence réflexive et [une] posture thérapeutique favorisant une réelle rencontre dans l'espace thérapeutique » (2018). Les soignantes doivent reconnaître les risques liés à l'« invalidation de l'expérience de vie de la personne, l'imposition de valeurs, le diagnostic des différences culturelles comme des pathologies, ce qui, au final, rend inaccessibles les soins adéquats et contribue aux taux élevés d'abandon de traitement (Wendt et al. 2015) » (2018). La *sécurité culturelle*, inspirée du contexte autochtone néo-zélandais prend une importance considérable dans le Nord du Québec (Cotton, et al. 2014).

La question de l'influence proposée par Tobie Nathan, me revient ici à l'esprit, du fait que mon analyse porte un intérêt sur les thérapeutes et non seulement sur les patients. Cette perspective est également promue par Gone (2009) et Duran et Duran (1995), psychologues autochtones du courant de la psychologie postcoloniale. Ils appellent à développer une théorie centrée sur le guérisseur. À la lumière de ces théories, on pourrait alors postuler l'existence d'un degré variable de colonialisme, qui dépend de la position intérieure du thérapeute et qui évolue avec le temps, dans un contexte de travail où la sensibilisation semble se faire intensément. Une réflexion qui sera approfondie grâce à l'introduction du concept de *retrochoc culturel* en prochaine section.

5.5 Fly-in-Fly-out : continuité ou discontinuité ?

3^{ème} constat de l'étude : La continuité du service malgré l'absence de la psytiérante

Le travail thérapeutique n'est pas nécessairement rompu par l'absence du thérapeute, car la continuité peut aussi s'insérer dans une logique de pensée nomade et circulaire, qui influence à son tour la conception du temps, par rapport à l'intensité, qu'un regard occidental aurait tendance à percevoir en termes de discontinuité. Or, la fréquence des séances n'est pas le seul élément d'importance dans leur effet thérapeutique de celles-ci. La pensée transitionnelle du thérapeute, de même qu'une forme de thérapie plus ponctuelle et centrée sur des sujets précis et situé dans le temps, serait également ici opérante. Aussi, l'offre de services psychologiques dans le Nord se rapproche d'un soutien d'ethnopsychiatrie, premièrement dû au fait qu'il a lieu à tous les mois ou deux mois, dépendamment de l'organisation des services et de la volonté des communautés.

On pourrait être porté à penser que l'organisation FIFO des services et du travail a des effets négatifs du fait que les intervenantes ne sont pas sur place et disponibles de façon continue. Or, cette offre de service semble aussi comporter des bénéfices, notamment sur le plan de la confidentialité. Elle créerait un contexte où le travail prend une nature nouvelle. En complément de sa formation en psychologie, Espérance fut formée à l'anthropologie et à l'ethnopsychiatrie au sein de diverses cliniques. Cette expérience, où elle a « fait ses armes » - comme plusieurs autres intervenantes rencontrées d'ailleurs - fut salvatrice, selon elle, lorsqu'elle a été confrontée aux défis posés par son nouveau contexte de travail. Concernant la continuité du soutien, elle m'a confié ne pas avoir vécu de choc important, puisque la fréquence des rencontres est la même que celle offerte par l'ethnopsychiatrie (une rencontre par deux mois en moyenne). Toutefois, l'ethnopsychiatrie est habituellement un service complémentaire au travail plus régulier d'une intervenante ou médecin. Sur cette question de la continuité, Claude va encore plus loin dans cet extrait d'entretien :

Avoir une session téléphonique avec qui quelqu'un que je n'ai jamais rencontré, c'est très difficile, parce que, ce qui est important c'est beaucoup le ressenti, la présence de la personne. Faut développer, mais j'ai déjà suivi des gens pendant une année, deux ans... Avec des gros traumatismes... Je les ai vus 6 fois par année, et le reste du temps je les voyais par téléphone, je leur parlais...

Edgar. : Parce que sinon, j' imagine, vous revenez trois semaines après, il s'est passé beaucoup de choses en trois semaines ?

Claude. : Oui. Mais ils n'utilisent pas la thérapie de la même façon... je dirais que... Le fait que je suis là, bon on est une personne toutes les trois semaines. Les sessions vont être très intenses ! Et puis ils vont arriver vraiment avec quelque chose de précis. Ils vont travailler intensément et ça m'arrive de voir quelques-uns deux fois, trois fois, et après je ne les verrai pas pendant un an, deux ans Et après ils vont revenir avec une autre étape de leur... [cheminement psychothérapeutique]

Ils travaillent différemment, et pour eux, ce n'est pas la fin du monde... Moi j'ai eu une femme a m'a déjà dit euh... "Ah c'est pas grave si tu viens juste dans 6 semaines, parce que je lui ai dit de voir l'autre psychologue en attendant..." Elle dit 'non non'... Parce que le lien s'est fait. Elle dit "je sais que tu reviens, dans 6 semaines, et c'est correct, moi là je vais le contenir..." Et c'est des gens qui ont contenu tellement de choses pendant tellement longtemps...

[...] C'est un peu comme le fameux objet transitionnel là où que, qui m'aide à supporter la frustration jusqu'à temps que quelqu'un va venir [...] Ce qu'ils sont en fait, les objets transitionnels, qui partent vraiment à l'âge l'enfance... Il voit sa mère partir et lui il attend... Il suce son pouce en attendant ou le biberon... Le sein c'est vraiment le pouce il devient ou le bras, ou la petite musique qui joue qui l'aide à supporter la frustration, la séparation. En thérapie on fait beaucoup ça. Pis en ethno[psychiatrie], on fait beaucoup ça et les marabouts ou les anges ou peu importe avec qui tu vas travailler, ils travaillent beaucoup avec cette notion d'un objet, d'un talisman, d'un objet sacré, qui crée pour toi quelque chose que tu vas porter, parce que c'est une concrétisation de... d'une reconnaissance que quelque chose est important. Fait que et même maintenant avec des recherches neuropsychologiques, on démontre que... On concrétise quelque chose au niveau neuronale. Ça structure quelque chose. C'est ça, c'est ça on le construit nous-mêmes, c'est encore plus fort... Des fois c'est des mots, des fois c'est une petite parole qui devient comme ça *objectifiée*, mais qui existe à travers le temps et l'espace.

Cet extrait d'entretien apporte plusieurs pistes d'analyse. D'une part, retenons l'idée que l'utilisation du soutien psychique dans un autre contexte peut être faite autrement et qu'elle peut prendre une autre tournure ou d'autres significations. Le rôle de la thérapeute en sera alors modifié. Cette intuition de Claude implique que le soutien psychique offert dans ces contextes ferait l'objet d'une resymbolisation ou d'une réappropriation. C'est-à-dire qu'on lui attribuerait une signification et une utilité locale différente de celle qui lui est attribuée dans son contexte de création. De ce fait, il devient possible d'envisager un soutien moins fréquent, mais constitué de séances plus intenses. Cette hypothèse fut aussi postulée par Eduardo et Bonnie Duran, psychologues autochtones du courant de la psychologie postcoloniale, selon qui les notions culturellement différentes du temps et de l'espace mèneraient les patients autochtones à utiliser autrement les consultations en psychologie :

The practice of Western psychotherapy entails a linear passage of time in which the client/community can resolve or be cured from its present problems. In Native American thinking the idea of time having to pass in order to receive healing or blessing makes no sense. In Native American healing, the factor that is of importance is intensity versus passage of time. For instance, if the person dances with great intensity, that person achieves as much as the person who dances for a long time (if time is the only variable). When the Western therapist treats a Native American person, time passing may not be as crucial as the intensity of the therapeutic process. (1995 :16)⁸⁹

L'intensité des séances pourrait donc pallier à l'absence en alternance de la thérapeute et de la psychiatre. Les consultations seraient parfois mobilisées pour des problèmes précis. Ce type d'accompagnement ponctuel pourrait se comparer à des « rituels réparateurs » (Duran et Duran 1995 : 20) servant à rétablir l'individu dans un équilibre plus harmonieux avec son univers (Sterlin 2006).

La continuité des soins semblerait aussi plus importante que la fréquence. Ce qui nous mène à nous interroger sur les éléments actifs (thérapeutiques) du dispositif et du service offert dans ce contexte. D'une part, Claude suggère qu'une fois la relation de confiance bien établie, l'idée même de la thérapeute, à laquelle le client peut s'accrocher, aurait un effet apaisant et thérapeutique, une fonction selon elle « transitionnelle ». D'autre part, les sorties des thérapeutes pour des absences prolongées de trois à sept semaines pourraient même comprendre certains bénéfices. Premièrement, cela permettrait aux intervenantes de prendre un recul et d'ainsi éviter

⁸⁹ À noter que les auteurs précisent dans leur livre qu'il s'agit d'une généralisation et qu'il faut être vigilant dans l'interprétation de leurs hypothèses.

de tomber dans les pièges d'un contre-transfert négatif (Alix). Pour ce faire, elles doivent éviter de pratiquer des interventions trop rigides selon les normes et les exigences de leur ordre professionnel et qui ne seraient pas appropriées. Deuxièmement, l'absence permettrait aux intervenantes de souffler face à un travail qui pourrait être trop demandant à porter à longueur d'année, pouvant même mener à un contre-transfert néfaste ou à un épuisement de compassion tel que suggéré par deux intervenantes. Le prochain extrait de mon entretien avec Alexis illustre bien l'importance du retrait de l'intervenante dont elle conserve tout de même une opinion ambivalente :

D'un autre côté, la toute petite [communauté], c'est vraiment tricoté serré... Y'avait des secrets bien cristallisés qui ne sortaient pas, on venait m'en parler, on faisait des allusions, mais on ne voulait pas me dire plus... C'était assez, ça prenait quand même un certain temps, c'est qu'en tant que psy, même je crois que travailleur social, ou psychoéducateur, enfin ceux qui font de l'intervention, il faut donner le temps que les gens nous connaissent... Ça prend du temps... [...]

Les demandes sont grandes et... arrivée ici [à Montréal] je suis "pouf", à terre. Parce que c'est chargé hein, ce n'est pas des petits cas du style... Bon je dis des petits cas, pas de façon à réduire les gens qui viennent avec ça... Ce n'est pas comme "je suis stressée et je me questionne sur comment je peux gérer un conflit avec mon chum..." Ce n'est pas à ce niveau-là, c'est des choses lourdes hein, que ça soit des traumatismes intergénérationnels, la violence conjugale toujours active... (Alexis, psychologue)

5.6 Choc et rétrochoc culturel

4^{ème} constat de l'étude : La rétroaction transculturelle

Une rétroaction transculturelle, au sens de Fernando Ortiz, semble être induite par un phénomène de rétrochoc culturel. Cela mène les intervenantes à percevoir leur pratique autrement et à y reconnaître certaines composantes inopérantes et des éléments coloniaux qu'elle comporte.

Le concept de rétrochoc est peu documenté ou théorisé dans la littérature scientifique. Il m'a apparu évident dans le contenu des entretiens. Le guide d'adaptation interculturelle destiné aux étudiantes et étudiants de l'Université de Moncton en parle en tant que « processus d'adaptation à une autre culture », mais qui est vécu au retour, comme un sentiment d'étrangeté face à sa culture d'origine. Je propose d'opter pour la définition de Danielle Gratton qui le désigne comme étant « le malaise vécu en rapport avec la découverte d'un rôle négatif joué par son groupe social dans des contentieux historiques avec l'autre » (Gratton, 2009). En surcroît,

l'anthropologue Bob White l'explique en suggérant que « la reconnaissance de l'Autre permet une prise de conscience de la spécificité du soi, pour le meilleur et pour le pire » (White 2013 ; Corin 2010). Basée sur une approche systémique et interculturelle, Danielle Gratton du LABRRI présente le concept dans une communication scientifique :

Il est apparu que la notion de choc culturel était insuffisante pour cerner la complexité des expériences interculturelles. La notion de rétrochoc culturel a été introduite pour combler ce vide. Cet apport facilite l'harmonisation entre les compétences interculturelles individuelles et les compétences interculturelles organisationnelles, aussi essentielles. Le modèle [...] est axé sur l'efficacité des actes à poser, dans chaque contexte particulier. Il ne place toutefois pas la responsabilité des interactions uniquement sur les personnes. Il comprend quatre domaines conceptuels : les conditions de la rencontre ; le contexte de la rencontre ; la situation ; le processus d'analyse de l'interaction interculturelle. Les deux premiers domaines ont une influence sur chaque situation.

Plusieurs m'ont dit avoir éprouvé une forme de rétrochoc face à leur propre culture suite à leur expérience du Nord-autochtone, tel que le témoignage suivant :

Maintenant ça commence à aller, mais pendant des années : j'avais mal à la tête, parce que c'est épuisant à différents niveaux, ce n'est pas la même énergie... Souvent j'arrive en ville comme une extraterrestre, je suis comme en décalage... c'est comme un [Rétro]-choc culturel au retour, comme un Africain qui revient en Afrique. Mal de crâne, je rentre épuisée à différents niveaux, ce n'est pas le même monde ! (Alix, psychothérapeute).

Cette nouvelle perspective semble être dévoilée aux intervenantes par l'expérience de la rencontre interculturelle. Elle porte à la fois sur la société d'origine et plus spécifiquement sur leur pratique professionnelle. On pourrait décrire en ce terme l'expérience vécue par Georges Devereux en traitant Jimmy P., un Pied Noir des plaines.

Il s'agit donc d'un choc vécu au moment d'un retour face aux valeurs ou aux caractéristiques de son propre milieu d'origine. C'est aussi un travail d'acceptation du rôle historique honteux qu'a joué notre groupe. Pour Lou, c'est « une partie de nous, de notre culture qu'on n'a pas acceptée... » (Lou). J'ai effectivement constaté dans presque tous mes entretiens une prise de conscience de l'influence du politique dans leur travail dans ce contexte. Il me semble possible de postuler que le rétrochoc occupe aussi une fonction dans d'autres professions, telles les infirmières et les travailleuses sociales. Il s'exprime toutefois plus spécifiquement dans le travail des intervenantes, car elles sont confrontées à des souffrances psychiques qui sont principalement causées par les politiques coloniales. Les psytinérantes développent alors une haute sensibilité aux enjeux de pouvoir et de colonialisme. Pour aller encore plus loin, Laurence

et Claude m'ont même évoqué les hauts risques de traumatismes vicariants. Sandrine Duhoux, pour la revue de psychologie *Interstice* (2014), explique le concept :

L'accompagnement des victimes de traumatismes passe essentiellement par l'écoute empathique et la relation d'aide. Or, le discours est le porteur de l'effroi de la mort, de la désintégration de l'identité physique et/ou psychique. Ces récits traumatiques, portés par les détails sensoriels, ont des premières vertus cathartiques pour les patients. Mais ils génèrent peu à peu des changements chez l'accompagnant ; ce qui a menacé leur vie ou leur intégrité physique ou psychique va atteindre insidieusement leurs accompagnateurs médicosociaux, au niveau cognitif, émotionnel, comportemental, relationnel et spirituel. La vision du monde des professionnels travaillant de façon régulière avec des personnes ayant vécu un événement traumatique subit peu à peu des altérations. Usés par le matériel traumatisant rapporté par les victimes accompagnées, les professionnels souffrent alors de ce qui est nommé traumatisme vicariant ou d'usure par compassion.

Cette suggestion va plus loin que celle du transfert vécu comme un sentiment d'impuissance documenté ci-haut. Elle s'accorde avec les témoignages attestant un travail épuisant et « plus lourd » par rapport au travail « dans le Sud ».

Alix et une majorité des intervenantes me rapportaient qu'elles avaient appris énormément de leur expérience dans le Nord. À la lumière des données, il semble s'opérer une forme de rétroaction transculturelle affectant leur travail. Celui-ci est certes variable selon leur sensibilité et leur position intérieure ou leur degré initial de colonialisme. Il serait intéressant d'évaluer les modifications qui persistent dans leur pratique suite à leur expérience dans le Nord. Cela permettrait de comprendre plus en profondeur les éléments actifs - les effets de nos approches thérapeutiques - et d'en arriver à une forme d'ethnopsychiatrie réellement métaculturelle (Devereux 1970).

5.7 Conclusion : Une position frontalière

Les intervenantes rencontrées ont semblé être situées à une position frontalière analogue à la notion de frontières (Genest, communication personnelle en parution). Cette position offre, une occasion d'échanges interculturels et de construction. J'ai proposé dans ce chapitre d'évaluer leur pratique ancrée dans un système en transformation (Lévi-Strauss 1966). L'ethnopsychiatrie, selon Laplantine, porte aussi l'importante tâche de « réfléchir sur la rencontre, dans un contexte mondial où les échanges et la mobilité se sont intensifiés, et les frontières estompées ». C'est dans cette perspective que j'ai orienté mon analyse dans ce chapitre. J'ai questionné la nature de la rencontre thérapeutique nordique, le type de soutien psychique dont il s'agit et le lien qu'il serait possible de créer avec la discipline ethnopsychiatrie. En résumé, les trois défis

principaux semblent être : (1) la faible démographie doublée d'un isolement géographique, qui crée un très faible degré d'intimité et de confidentialité ; (2) l'écart ou les horizons différents portés par les intervenantes et leurs clients ; et (3) l'omniprésence de la colonisation et de ses effets multiples. La formule FIFO semble alors pallier en partie aux défis de confidentialité et de méfiance, mais se présente en défi quant à l'intégration des thérapeutes au sein du groupe et leur sensibilisation aux spécificités locales. La structure FIFO offre moins d'occasions pour adapter leur approche et créer une toile ou un réseau de pratiques thérapeutiques complémentaires. Dans les mots d'Alexis⁹⁰ :

Après la formation, les gens de l'équipe sont venus me voir en me disant, "c'est trop de responsabilités, c'est trop lourd, on n'a pas tout... le background" pis toutes les connaissances et aussi être impliqué dans une petite communauté, si on fait une action, behn on peut être jugé, les gens réagissent. Ce qui n'est pas le cas pour nous, qui venons et qui partons et il y aussi tout le, que ce soit chez les Inuits ou les Cris, les rumeurs. Donc il y a beaucoup de méfiance, de *gossiping*. Bon "toi tu pars au moins avec ce que je te dis, avec mes secrets". (Alexis)

Tout comme il faut distinguer une *politique* une *situation interculturelle* de *l'interculturalisme*, une idéologie ou un mode d'appréhension de la diversité (White et Emongo 2014), il me semble qu'il faille distinguer une situation ethnopsychiatrique - c'est-à-dire une pratique qui comprend certaines composantes ethnopsychiatriques - de l'ethnopsychiatrie, qui elle, ne semble pas pouvoir s'effectuer dans le Nord tel qu'elle se pratique à Montréal. En bref, il semble s'y développer et s'y opérer une forme d'ethnopsychiatrie analogique qui ne s'en revendique pas nécessairement.

Un dernier mot enfin sur les notions d'immigration et d'autochtonie. Cette première, la migration, créerait aussi un manque de ressources socioculturelles internes et externes plus grand que dans le contexte autochtone colonial dont il est ici question. En effet, des ressources traditionnelles semblent activer de manière plus ou moins parallèle aux services, dépendamment de l'ouverture qui fut laissée à ces pratiques, ce qui varie d'une communauté à l'autre. À la lumière de cette analyse, il me semble que les intervenantes FIFO créent alors une situation

⁹⁰ Cette citation a été sélectionnée parmi de très nombreuses qui illustrent l'ambivalence de la situation, mais qui sert aussi aux intervenantes pour expliquer également la pertinence de ce genre de services, la principale récurrence de tous les entretiens tenus dans le cadre de cette recherche.

intermédiaire entre l'ethnopsychiatrie et la santé mondiale, tel qu'il est présenté dans le schéma suivant :

Ethnopsychiatrie classique (dispositif et rencontre interculturelle dans la clinique)



Travail d'intervention FIFO en contexte autochtone nordique



Santé mentale mondiale

Figure 2 – Le FIFO : entre ethnopsychiatrie et santé mentale mondiale

Des cultures, des langues et des cosmologies (donc des étiologies) différentes se rencontrent effectivement dans ces trois contextes de travail. Toutefois, plusieurs contraintes contextuelles empêchent la création d'un espace métissé et transitionnel complet, tel que le dispositif et l'approche ethnopsychiatrique essaie de constituer. Par ailleurs, l'étrangeté et le nomadisme des intervenantes rappellent davantage les services offerts en santé mondiale. Les traumatismes et les interventions de crise représentent effectivement les deux principales spécialisations des thérapeutes rencontrées.

On a vu que les intervenantes sont confrontées directement aux questions de colonialisme et de ses effets. Via l'expérience du rétrochoc culturel, il semble s'opérer une transculturation de certains aspects de la pratique *psy*. J'ai tenté de documenter ce phénomène en contexte autochtone nordique, mais il me semble permis de postuler que celui-ci s'opère aussi dans d'autres contextes. Davantage de travaux empruntant cette orientation pourraient favoriser le développement d'un « rapport interculturel [qui] n'est plus binaire, mais multipolaire [...] Postulat : c'est la lumière projetée par la culture A qui peut éclairer les zones aveugles de la culture B et réciproquement. Idem [pour] culture B et C. » (Sterlin, communication personnelle). Sterlin espère que « l'assimilation profonde du génie de diverses traditions permettra de

développer des universaux, des dénominateurs communs aux clientèles de toutes les cultures ». Ces souhaits et questionnements d'un texte non publié du psychiatre Carlo Sterlin paraissent très proches des travaux de Devereux et de l'ethnopsychiatrie. Or, pour éclairer leurs « zones aveugles », les psytinérantes doivent bien reconnaître les limites de leur pratique et accepter une certaine impuissance. Ainsi, comme Alix me disait par exemple, « ce n'est pas tout le monde qui a besoin de voir un psychiatre et un psychologue ! ». Ainsi, non seulement les défis, mais aussi les limites des interventions semblent plus grandes dans ce contexte. Il apparaît crucial pour les intervenantes d'entrer en dialogue avec d'autres approches de la guérison et de créer un espace d'ouverture. Cela pourrait mener à des amalgames de soins originaux, inusités pour offrir une médecine « à la carte » (Sterlin, communication personnelle) personnalisée. Ce projet est davantage élaboré au prochain chapitre.

CHAPITRE 6

De la transculturation d'une pratique pour une approche intégrée, dialogique et englobante

Nous pensons que dans toute société, c'est le fou qui est porteur du message contestataire le plus radical [...] on n'a pas réellement mis la politique au poste de commande si on ne tient pas compte de cette politique particulière du corps qu'on appelle la maladie mentale.

– Carlo Sterlin

Ce chapitre aborde des modifications possibles des services inspirées par les témoignages recueillis. À la lumière des témoignages des participantes, la pratique apparaît « dynamique et relationnelle » (Genest, en parution), construite et sujette aux influences interculturelles. Tel que nous l'avons vu précédemment, les défis rencontrés dans le contexte des communautés autochtones nordiques mènent les intervenantes à modifier certains aspects de leur travail. Je réfléchis à ce soin *transculturé* dans le Nord et à ce qui y fut intégré dans ce contexte. Bien évidemment, les approches varient d'une répondante à l'autre. J'ai regroupé des tendances que j'ai recensées en cinq sous-sections, qui mèneront à quelques considérations quant à la nature de leur travail et aux effets thérapeutiques du soutien psychique offert. Certains de ces éléments pourraient faire l'objet d'une formation adressée à de prochaines intervenants-es intéressées par ce travail.

Avec Carlo Sterlin, je postulerais qu'une approche dialogique (ou dialogale) complète doit comporter « un nouveau rapport à l'autre ». D'une part, elle percevra l'autre comme un être culturel, et mettra l'accent sur l'homologie « psyché/culture » et reconnaitra qu'une « thérapie basée sur le système de référence de la culture dominante [peut constituer] un traumatisme additionnel » (Sterlin N.D.). La sécurisation et l'accordage culturel sont deux stratégies réputées cruciales dans les contextes autochtones. Ces méthodes ne s'arrêtent pas à des spécificités dites « culturelles » ponctuelles, fixes ou anecdotiques qui seraient particulières à un groupe donné, car ces informations sont vouées à s'avérer éventuellement caduques en raison des changements sociaux constants de tout groupe et de la variabilité interindividuelle. Évidemment, l'importation d'un modèle d'intervention trop rigide devrait être évitée. Le travail psychique tendrait alors à s'orienter ou se réorienter davantage vers une intégration du milieu et de la communauté dans

les approches du traitement. Deuxièmement, la centration-décentration et la sécurisation culturelle devront comprendre des considérations décoloniales et accorder une grande attention aux éléments potentiellement colonisateurs ou traumatiques des approches conventionnelles, lorsqu'elles sont importées. Ces deux éléments centraux sont réfléchis ici. Les intervenantes semblaient développer une haute sensibilité à la question des traumatismes et aux heurts potentiels de leur travail qui se voient accrus. Elles ont aussi semblé délaisser le recours aux diagnostics ou l'utiliser moins systématiquement. Cette particularité me permettra d'interroger à la démarche diagnostique en contexte interculturel, aidé par la perspective critique de l'ethnopsychiatrie.

Bien que l'analyse soit ancrée dans des conceptions ethnopsychiatriques, cette deuxième section relève des particularités du travail nordique qui ne sont pas nécessairement proches du soin dans d'autres contextes interculturels. Je réfléchis aussi sur la conception d'une approche dialogale qui pourrait comprendre un cadre systémique complémentariste. Cette approche plus adéquate des stratégies afin d'éviter des confusions ou productions de violences épistémiques qui seraient dues à l'interculturalité et à la colonialité de la situation. Elle pourrait aussi favoriser une offre de traitements plus adéquats. Une approche intégrée appuyée sur une vision systémique complémentariste se présente aussi comme une réponse utile pour combattre l'angoisse créée par la prise de connaissance d'une inadéquation des outils d'intervention et des risques d'interprétations erronées qui en découlent. La documentation de certaines particularités du contexte à l'étude pourrait aussi contribuer la tâche de l'élaboration d'une réelle approche intégrée, c'est-à-dire dialogique et métaculturelle.

6.1 L'importance du milieu et de la communauté dans le soin psychique

J'ai recensé six thèmes qui furent récurrents et qui semblent donc être centraux à la pratique *transculturée* dans le nord-autochtone : (1) l'importance accrue de la communauté ; (2) la colonisation et les traumatismes (discours historico-politique) ; (3) l'importance apportée à l'attitude ou la position intérieure du patient par rapport à son groupe / discours du patient (pour ne pas tomber dans les pièges de l'analyse culturelle (White 2006) ; (4) Les écueils liés à la

pathologisation et médicalisation de problèmes sociaux, principalement au travers du processus diagnostique ; (5) l'attitude de la thérapeute et la centration ; (6) les limites des outils dont sont dotées les intervenantes et de leur intervention en général. Ces éléments sont très proches de ceux évoqués dans un article de Oulanova et Moodley (2010).

Espérance me racontait aller chercher certains éclaircissements quant à la signification de certains symboles ; lorsque certains animaux apparaissent en rêves par exemple. En abordant cette question de l'intégration et du métissage d'approches, Oulanova et Moodley expliquent, tout comme Gone (2009) et Moodley et West (2005) que le thème de la mobilisation de traditions locales dans la relation d'aide est demeuré absent de la littérature académique. Or, il me semble possible de postuler au moins trois explications à ce constat. Cela pourrait être dû au caractère glissant de cette question, analogue au danger d'essentialisation des cultures au moment de les décrire (Clifford et Marcus 1986) ; aux dangers d'appropriation culturelle ; et au fait que l'efficacité de ces approches dites « traditionnelles » est très difficile à démontrer « scientifiquement » (Waldram 1993 et 2000), ce qui rendrait aussi difficile l'accès à des subventions gouvernementales par exemple⁹¹. On comprend que l'intégration de connaissances traditionnelles dans le traitement par les intervenantes court le risque de produire une forme de violence épistémique ou de reproduire une relation de pouvoir. Par exemple, un psychologue non autochtone ne pourrait se revendiquer chaman ou officier certaines cérémonies. Les répondantes étaient très sensibles à cette question et me rappelaient souvent l'importance de manifester un grand respect pour ces pratiques et d'avoir de l'humilité. Ainsi, pour ces différentes raisons, le défi « d'adopter et adapter divers aspects des traditions thérapeutiques en termes pratiques à l'effort thérapeutique moderne » (Gone 2009 ; ma traduction) demeure entier. Toujours concernant cette question d'une approche intégrée, l'auteur rappelle que :

On one hand, it seems unlikely, and perhaps even undesirable that doctorly trained psychologists would themselves become competent traditional healers. On the other hand, attaining cultural competence in the practice of psychotherapy with culturally diverse clients should presumably extend well beyond mere cosmetic alterations in the counselling process. Otherwise, such superficial modifications might simply mislead potential clients into participating in otherwise conventional "west is best" interventions. (Ibid.: 3).

⁹¹ De nombreux projets pilotes ont des résultats pourtant apparemment très positifs, se feraient régulièrement couper le financement après la période d'essai. En décrivent d'ailleurs une de ces initiatives de *camps culturels* sur le territoire en détail qui a justement perdu leur financement.

Cette perspective réitère à mon avis les dangers de ce que Carlo Sterlin nomme *l'interculturel néocolonial*, second niveau de sa classification *clinico-politique* des approches en santé mentale. Rappelons qu'à ce stade du continuum idéologique, il y a une prise de conscience de l'existence d'un système de référence distinct et une certaine curiosité, « mais celle-ci est appréhendée et évaluée en fonction de références logiques, éthiques et esthétiques de la culture dominante. Cette dernière demeure convaincue de sa vocation universelle, mais traite l'autre avec tolérance, patience et diplomatie » (Sterlin, N.D.)⁹². Toujours selon Sterlin, cette perspective base tout de même sa pratique clinique sur le système dominant, est préoccupée par l'accessibilité des services et imprégnée de contre-transfert culturel. Gone, Wendt et Nagata (2015) poursuivent en parlant d'approches multiculturelles du traitement en affirmant que :

Although this focus has been extremely valuable in successfully improving outcomes on target symptoms for *ethnoracial* minorities, it has perhaps not fully appreciated the extent to which even adapted treatments partake of dominant cultural sensibilities in pervasive fashion (e.g., through engagement in reflexive talk-based services, rendered in confidential spaces, situated in indoor clinics or hospitals, administered by credentialed professionals, for a precise duration of time, in accordance with a guiding theoretical orientation, with reference to a particular diagnostic nomenclature, and for which the primary targets of intervention are the thoughts, feelings, beliefs, and/or behaviors of an individual client; see Wendt & Gone, 2012).

En bref, ce sujet est glissant et s'il n'est pas réfléchi en profondeur et en collaboration, il court le risque d'intégrer des éléments « culturels » ou « traditionnels » de manière superficielle en réaction à une forme d'injonction morale, mais tout en demeurant « convaincue de [la] vocation universelle, mais [qui] traite l'autre avec tolérance, patience et diplomatie » (Sterlin 1976). Tobie Nathan, dans son analyse d'une *influençologie*, met aussi en relation le rôle du thérapeute et celui d'autres guérisseurs traditionnels. Il présente une vision très proche de celle de Gone et de Duran et Duran en proposant de développer une approche centrée sur le thérapeute ou le guérisseur, et de s'intéresser à son influence, là où résiderait le réel effet thérapeutique du dispositif (1994). Adoptant pour un instant cette perspective, et il est intéressant d'interroger les modifications au rôle des thérapeutes, encourues par le contexte particulier où elles travaillent, et qui s'insèrent dans ces considérations.

⁹² Cette perspective rappelle très bien la réponse de Tobie Nathan (2000) suite à la critique acerbe de Didier Fassin (1999). Ce dernier l'accusait entre autres de répandre une forme de culturalisme essentialisant et colonial.

Étant donné que l'intégration individuelle complète de l'intervenante au sein du groupe est très difficile à atteindre, voire impossible - et particulièrement pour les psychiatres qui ne passent qu'environ trois jours par communauté - comment intégrer des codes locaux au soin ? L'approche collaborative, ou encore une « médecine à la carte » personnalisée (Sterlin), malgré tous les défis qu'elle pose en contexte de rapport de pouvoir accentué (White 2011), semble constituer une forme de compromis potentiellement constructif dans l'amélioration des services :

Ils ont besoin de me connaître et m'adopter, et à partir de là... Ça démarre ! Et plus on reste dans la communauté, plus ils nous voient, plus ils sont confiants. Et plus ils viennent et à un moment donné, c'est... c'est facile de se brûler, parce qu'on y va, mettons une semaine - 10 jours, je savais que dans ces 10 jours, je travaillais les fins d semaine en général, je ne voulais pas rester les fins d semaines et me tourner les pouces... tant qu'à venir, je suis là... Et ces 10 jours, quand on m'adopte, quand on m'a adopté, il y a beaucoup beaucoup de demandes de consultations... en thérapie, mais y'a aussi des demandes, ça m'est déjà arrivé au conseil de bande ils m'ont demandé... Mais ça c'est... Non ils m'ont demandé pour parler de la violence conjugale ... (Alexis)

Pour Alexis, l'importance de créer des dyades ou de véritables partenariats avec des travailleurs locaux représenterait une solution envisageable pour pallier à l'alternance des services et l'inintégration des intervenantes dans le milieu. Claude s'accorderait de cet avis, car elle me l'exprimait en d'autres termes :

Tu sais après 35 ans j'en sais moins que j'en savais quand j'avais 28 ans quand j'ai commencé, parce qu'à ce moment-là je ne savais pas ce que je ne savais pas... ça prend beaucoup d'humilité : C'est fou tu sais il faut toujours se dire wow... là ça marche pu cette affaire-là, euh... Je pensais bien faire, ou je pensais que ça pourrait être aidant, mais... oui et donc la meilleure chose à faire, bon autre que le questionnement, c'est vraiment de... se retrouver à collaborer.

Des gens de là-bas, toujours toujours collaborer et même j'irais plus loin et de dire de trouver un système de mentor, quelqu'un pour vraiment te... te guider, peu importe tes diplômes et ses diplômes, ça peut être une vieille madame qui va te dire quoi faire... Moi j'ai vécu tous ces défis à travers mon propre travail, parce que, dans, quand j'ai commencé j'ai été supervisé par une femme qui disait " moi je travaille avec les familles, je travaille dans les écoles, mais je ne sais rien des autochtones, je ne sais pas ce que tu devrais faire quand tu vas là"... J'avais, par chance, des gens dans la communauté qui disait viens Claude on va te parler euh ça serait mieux si tu essayais ça... (Charlie, psychologue)

C'est exactement en ce sens que Charlie a demandé à une travailleuse communautaire autochtone de la superviser à son arrivée, au lieu que ce soit un autre psychologue qui s'occupe de cette tâche, qui aurait été basé ailleurs « au Sud » et qui n'aurait pu l'accompagner dans son psytinéraire interculturel. Elle a aussi entrepris des séances de codéveloppement dans la communauté où elle est basée, pour valoriser le « travail d'équipe horizontal ». Alexis a

cependant ressenti une relation de pouvoir entre les thérapeutes formés à l'université « à l'occidentale » et les intervenantes locales, qu'elle juge malsaine ou improductive :

C'est qu'on est là et on parle, on parle... et les Autochtones, que ce soit Inuit ou Cris, eux, ils écoutent... Et c'est un peu comme s'ils se sentent inférieurs, parce qu'ils n'ont pas tous ces termes qui ont l'air intelligents, et nous on est confortable, parce que c'est notre système dont on parle... Alors j'avais dit à des Inuit "vous savez, les infirmiers-ières, travailleurs sociaux, les psychoéducateurs, ne peuvent pas être efficaces et aidants et compétents sans vous. Si VOUS vous n'êtes pas leurs partenaires, ils ne peuvent pas entrer dans la communauté... Vous connaissez l'histoire de telle ou telle famille... Vous connaissez l'histoire de la communauté, ils ont besoin de vous... Et là je disais..." Vous votre rôle n'est pas aussi important, il est plus important", et plusieurs Inuit me disaient, ils devenaient émus et me disaient : "merci de nous donner une place" Et là j'étais très surprise, j'ai, je me suis dit " ça veut dire qu'il y a des messages non-verbaux dans nos attitudes, qui disent " nous on sait"... le médical et "nous on sait, je vais te dire quoi faire pour être mieux"...

Elle parle aussi dans cet extrait des risques de surinterprétation qui apparaissent accrus en contexte interculturel, auxquels Lou m'avait aussi mis en garde. Ceux-ci pourraient devenir source de tiraillement et d'angoisse pour les intervenantes, surtout en début de carrière, alors qu'elles perdent certains repères. Cela me fut souvent décrit au cours des entretiens. Également abordée ci-bas, l'approche systémique et complémentariste pourrait offrir une voix de dégagement à cette situation inconfortable. Ainsi, l'objectif central des formations qu'Alexis donnait en contexte cri et inuit consiste en la valorisation des forces et des initiatives locales qui ont longtemps été infériorisées et de déconstruire donc quelques effets selon elle issus des nombreuses tentatives d'infantilisation. Elle exigeait en ce sens de former des intervenants issus de la communauté. Ces effets dont elle me parla rappellent par ailleurs ceux décrits dans l'œuvre de Fanon (1952 et 1961), qui l'illustre aussi bien en citant le poète Aimé Césaire: « Je parle de millions d'hommes [et de femmes] à qui on a inculqué savamment la peur, le complexe d'infériorité, le tremblement, l'agenouillement, le désespoir, le larbinisme » *dans son célèbre discours sur le colonialisme* de 1950.

Pour développer l'approche partenariale ou collaborative, les intervenantes doivent être ouvertes aux initiatives locales :

C'est intéressant, des fois, même aujourd'hui, je vais quitter le village et je me dis 'qu'est-ce que j'ai foutu cette fois-ci ?' je n'ai pas l'impression d'avoir fait grand-chose, et tout d'un coup avec du recul ou avec un feedback ou une des intervenantes va m'appeler pis c'est *oh my god*, c'est intéressant! Que je les ai... Je n'ai pas amené quelque chose qui n'existait pas, mais j'ai je leur ai aidé à se réapproprier certaines choses qui fonctionnaient bien... Et quand tu fais quelque chose et tu te rends compte que ça a de l'allure, et moi je te dis "Heille c'est génial!" Behn tu te dis "ok ok mais je vais continuer vers ça..." Fait que c'est vraiment une confirmation surtout dans un vacuum quand y'a beaucoup de travail

et les gens ne sont pas soutenus... Fait que c'est clair que je travaille différemment, leurs besoins sont différents... (Claude, psychologue)

Si ces dernières ne m'ont pas paru très diversifiées d'un groupe à l'autre, les rapports qu'entretenaient les groupes à ces pratiques variaient beaucoup plus. Ainsi, de ces différences locales proviennent les difficultés d'en arriver à une approche unique qui serait efficace dans les différents milieux autochtones. La tente de sudation (*Sweat lodge*) constitue un des exemples les plus récurrents de ce que les intervenantes entendent par « pratiques traditionnelles ». Charlie s'y est intéressé et y a participé. C'est ainsi qu'elle a réalisé que cette cérémonie aide à tolérer la souffrance et exerce des aptitudes intrapersonnelles en contexte social communautaire. Et s'étant initiée elle-même aux pratiques thérapeutiques, elle se sent plus à même d'orienter des clients en connaissance de cause.

Gone et Alcantra suggèrent que presque toutes les approches de guérison comprendraient plusieurs composantes communes aux effets analogues :

Despite differences in specific content, all therapeutic myths and rituals have functions in common. They combat demoralization by strengthening the therapeutic relationship, inspiring expectations of help, providing new learning experiences, arousing the patient emotionally, enhancing a sense of mastery or self-efficacy, and affording opportunities for rehearsal and practice. (Frank & Frank (1993 : 44 cités dans Gone 2009 : 44))

Une dernière ressemblance entre les données d'étude et le texte Gone concerne l'effet thérapeutique actif dans le traitement qui semble toujours naviguer entre les niveaux individuel et communautaire. L'attention, dans les traitements traditionnels serait beaucoup moins orientée vers la souffrance personnelle et intériorisée du patient, et celle-ci n'est parfois même pas adressée directement (Gone 2009). Cette tension peut aussi constituer une complémentarité entre l'individu et le groupe, tel que ce fut justement proposé par le mouvement de la psychologie et de la psychiatrie communautaire.

6.1.1 Une psychologie et une psychiatrie communautaire

Les effets du politique sur le psychique ne semblent plus à démontrer (Sterlin 1973 ; Adelson 2000 et 2005 ; Stevenson 2014). Plusieurs participantes m'affirmaient comprendre tout à fait la réaction de plusieurs de leurs clients de sombrer dans l'alcoolisme ou encore le suicide comme ultimes actes de résistance. Alix m'en donna un bon exemple, en me disant que « c'est comme tout, si tu ne changes pas ton environnement », les résolutions et l'abstinence seraient souvent de courtes durées. Effectivement, l'influence des pairs et du milieu est particulièrement

cruciale dans un contexte de surpeuplement des maisons, où souvent d'autres personnes y boivent. Charlie témoignait selon une perspective très communautaire qu'elle n'avait pas, selon elle, à son arrivée dans le Nord. Elle réitérait en ce sens l'importance pour ses clients-tes d'un :

Environnement sécuritaire, *safety net*, décrocher, s'isoler de son milieu un peu, pour qu'elle soit en sécurité en dehors des séances. Mais, essayer le plus possible d'offrir les services sur le territoire, plutôt que de juste les envoyer. Et travailler à la source, ne pas juste envoyer les gens à l'extérieur de la communauté, pour les isoler des agents négatifs. Les travailleurs communautaires travaillent depuis des décennies à essayer de faire comprendre, sur le plan politique, tu sais le *high management*, l'importance de développer des traitements sur le territoire (Charlie, psychologue).

Travailler à la source pourrait alors signifier des changements politiques à différents niveaux. Plusieurs auteurs parlent de « culture as a cure » (Santiago-Irizarry 1996 ; Chandler et Lalonde 2013) ou bien de l'*empowerment as a treatment* (Penny Powers 2003). Néanmoins, il existe des dangers dans l'expression et dans l'approche d'*empowerment* particulièrement grands en contexte colonial. Penny Powers, psychologue, rappelle que ce qu'on définit comme les bonnes décisions que le patient prendra – ce qu'on comprend comme quelque chose qui est bon pour eux - demeure issu de la perspective des soignantes allochtones et repose toujours sur un rapport colonial. En ce sens, l'approche peut prendre la forme d'une stratégie coercitive imposée à des populations entières (Ibid.). Charlie, parle explicitement de solutions communautaires. Cela nécessiterait selon elle de reconnaître l'importance de la construction identitaire et du rôle de la culture sur le psychisme :

Je trouve que dans mon rôle de psychologue, j'essaie d'aller dans cette voie, d'avoir cette ouverture à la psycho communautaire, de toujours essayer d'aider les gens à se reconnecter à leur culture. Donc j'essaie de donner l'aide que je peux apporter, en fonction du savoir que j'ai, du savoir que j'ai appris en étant ici, mais de toujours essayer de leur faire voir les solutions qui sont ici, de leur faire voir les gens, les ressources qui sont saines, des modèles qui sont sains, à même leur identité et leur culture, pour qu'ils puissent retrouver leur identité... À travers des choses qui sont concrètes...

Je ne peux pas le faire autant aussi bien que quelqu'un qui provient de la communauté, ou qu'un *elder* qui va aller à la chasse avec toi. Fait que j'essaie d'encourager les gens à retourner vers ce côté traditionnel-là, d'aller dans les euh les *traditional healing sessions*, je suis allée dans des sweat-lodges pour savoir ce que c'est... Pour connaître les ressources qui existent,

Tels qu'évoqué ici et auparavant, la fumigation, la sudation et la danse du soleil constituent des exemples régulièrement évoqués par les intervenantes. Les travaux de Bousquet sur le pan-indianisme (2011) et de Chandler et Lalonde sur la continuité culturelle (2013) rappellent la

composante politique de la maladie mentale. Cette perspective s'accorde selon moi parfaitement avec la vision véhiculée par la psychiatrie communautaire des troubles psychiques selon laquelle « l'événementiel et l'histoire en général s'inscrivent dans le corps » (Sterlin 1973). De ce fait émerge l'importance d'explorer ce dont la souffrance nous informe sur la communauté et le milieu ; si l'on admet que la maladie se manifeste toujours sous le double aspect d'une « cassure » (biologique) et d'un « message » (politique) (Ibid.).

Les intervenantes devraient donc évaluer le côté politique de la souffrance, de manière apparemment accrue dans ce contexte, mais pas exclusivement. La souffrance peut être interprétée comme une critique sociale et politique, mais véhiculée par l'organisme au travers d'une maladie et symptomatisée par l'individu : « Quelqu'un qui a été colonisé, il va le savoir dans son corps » me confiait Lou. Cette citation est proche de la pensée de Fanon lorsqu'il traite de l'incorporation de politiques (Coulthard 2014) et de la vision sociale et communautaire de la psychiatrie (Sterlin 1973). En surcroît, l'histoire, qui est une histoire de colonisation, joue un rôle dans la maladie: « While history impacts both the collectivity and the individual, healing seems more to be about individual experience in historical context, perhaps because the history is beyond the control of both the individual and the collective » (Waldram 2014). La métaphore du parcours, du cheminement ou du périple (« healing journey ») reflète selon James Waldram l'aspect transformatif de la guérison (2013). L'approche de restitution culturelle lui paraît paradoxale, puisque les concepts de retour aux traditions et de pertes culturelles sont impossibles étant donné leur caractère diffusé et construit. Il sera question maintenant de cette logique transformative de l'individu et du milieu simultanément :

The intergenerational aspects are embedded in the process and the logic is simple: until colonialism is reversed, and the colonizer leaves, there will always be historical trauma. And since the colonizer shows no signs of ever leaving, Aboriginal "healing" must be transformative in nature, rather than restorative. Healing must accommodate a future of coexistence among the individual patient, his or her collective group, and the contemporized historical forces that exist in the form of racism, discrimination, low levels of education, poor health care infrastructure, and so on. (Waldram 2014)

La perspective communautaire semble tout à fait pertinente à mettre en relation avec les témoignages des participantes à la recherche. Il m'a semblé que toutes les intervenantes étaient bien conscientes que ce qu'elles soignent a été causé par la société dominante et me l'exprimaient explicitement. Elles ont l'impression de perpétuer un système de domination au travers de leur

travail, ce qui suscite des dilemmes internes. Elles savent que la société qu'elles représentent est à la source des troubles dont elle témoigne et contestent la légitimité de leur présence dans le Nord bien qu'elles y soient pour aborder ces souffrances. Plusieurs témoignages recueillis transmettent cette ambivalence. Pour Jade : « ce n'est pas la culture des patients qui est importante je pense, mais la manière dont on a traité ces cultures-là dans le passé... ». La maladie est porteuse de sens, et pose alors des questions et des critiques envers la communauté, mais le sens n'est jamais transparent, il demande un travail de décodage et d'interprétation très difficile à mener (Sterlin 1973). L'approche communautaire se veut aussi réaliste car elle propose de s'intéresser aux moyens que possède le groupe et non aux recours qu'offre la société dominante. C'est-à-dire que les intervenantes devraient donc évaluer des pistes de solution selon leur disponibilité et en fonction de chaque milieu.

En violence conjugale, tu sais, on ne dit pas "écoute, tu vas au centre d'hébergement et blablabla", Mais là-bas lorsqu'elle va chez sa mère, elle dit "non là tu retournes chez ton mari pis t'as... Essai de lui plaire" Même si la mère elle aussi a été violentée et... abusée... Et donc il faut voir dans le contexte les ressources (Alexis, psychologue).

De plus, la guérison communautaire semble directement liée à la guérison personnelle, considérant que nombre de traumatismes peuvent être interprétés comme étant d'origine historique, pour des peuples entiers, mais vécus comme des souffrances internes.

Les tensions entre milieu (prévention) et l'individu (traitement) apparaît à Carlo Sterlin comme un « faux dilemme », car, selon lui, « il existe des rapports de complémentarité nécessaires entre l'individu et le milieu, et il n'est pas une interprétation psychanalytique ni une dose de psychotrope qui n'entraînent à la fois un réaménagement bioénergétique dans le sujet et – dans le milieu – une réorganisation des forces suprastructurelles dans lesquelles il baigne. » (1973). Pour y arriver, il promeut d'éviter systématiquement les hospitalisations hâtives qui « ont pour effet de consacrer aux yeux du milieu la notion d'individu malade et de saper ainsi à la base la portée collective du message individuel ». Enfin, selon l'ethnopsychiatre haïtien, la seule sortie d'impasse envisageable consiste à opérer un décodage collectif du message individuel, qui, au travers de la guérison, aura des effets préventifs sur le milieu : « intervenir dans la même séance au triple niveau du biologique, du psychologique et du social ». En addition, Duran et Duran ajouteraient à ces niveaux en surcroît de considérations spirituelles (1990 et 1995).

Les intervenantes doivent prendre conscience des risques d'appropriation et du potentiel colonial, voire traumatique de leur pratique au moment d'intégrer les pratiques locales dans le soin. S'il n'est pas spécifique à ce milieu, ce potentiel de heurts émergerait de manière plus contrastée. Cette question fera l'objet de la suite de notre discussion.

6.2 Néocolonialisme et re-traumatisation

5^{ème} constat de l'étude : Des limites plus grandes à l'intervention psy

5.1. Les interventions psy, sans être inefficaces, auraient des limites plus grandes en contextes autochtones, car elles portent dans leurs fondements des stratégies, des conceptions et des idéologies du soin qui ont été conçues par et pour d'autres sociétés. Les limites concernent notamment :

- **Les critères diagnostics et autres outils d'évaluation ;**
- **L'appréhension des traumatismes et l'impossibilité de les aborder ou de les traiter en raison des contraintes multiples liées aux conditions particulières du contexte (alternance des services, multitraumatisme historiques et contemporains, impossibilité de sortir le client du milieu, etc.) ;**
- **Les risques de re-traumatisation, de fragilisation et de néocolonisation (par le départ des intervenantes, réouverture de cicatrices dans un contexte défavorable) ;**
- **Les risques d'appropriation et l'impossibilité d'aborder ou de maîtriser certains thèmes étant donné leur posture d'étrangère et en raison des contraintes importantes liées à la confidentialité ;**

5.2. Un travail de remise en question constante, analogue à l'effort de décentrement promu par l'ethnopsychiatrie et encouragé en contextes interculturels, semble crucial pour ne pas outrepasser les limites (qu'on retrouvera en plus grand nombre) de son travail, aux risques de néocolonisation et aux effets potentiellement violents ou traumatiques.

5.3. Compte tenu de la nature systémique des troubles de santé mentale, et particulièrement dans ce contexte, les outils psychiatriques devraient être également sous-tendus par une conception systémique.

Plusieurs études anthropologiques présentent les guérisseurs comme ayant un statut ambivalent puisque s'ils ont le potentiel de soigner, ils peuvent aussi rendre malade, de par l'accès privilégié qu'ils ont avec un univers qui reste inintelligible aux non-initiés (Nathan 1994). Les intervenantes psy porteraient aussi cette ambivalence dans leur pratique en raison des écueils qui les guettent dans leur travail (Nathan 1997 ; Gone 2009). Mes données suggèrent qu'en raison du contexte particulier (éloignement, petites communautés, colonialisme et multitraumatismes

entre autres), les limites de l'intervention, sans nécessairement changer en nature, s'y expriment de manière plus importante. Rappelons l'exemple énoncé dans le chapitre précédent concernant l'attitude de sauveur des intervenantes, qui constituerait un comportement pouvant réifier la colonisation et, en surcroît, invalider les manières locales d'aborder les troubles. La critique anthropologique de la santé mentale mondiale rappelle aussi les éléments néo-colonisateurs de ce phénomène relativement nouveau, en ce qu'ils imposent des modèles de pensée et des étiologies occidentales qui sont parfois inappropriées. Ce phénomène invalide d'autres méthodes et d'autres croyances et tente de les remplacer. Il tend aussi à hiérarchiser les savoirs scientifiques au-dessus des « ethnosavoirs » ou autres approches traditionnelles. Cette critique, principalement issue du contexte de la mondialisation semble pouvoir s'importer dans mon contexte d'étude. La question du colonialisme dans le soin y apparaît même comme étant plus centrale qu'en contexte d'aide internationale et certainement plus qu'avec une clientèle migrante. Or, les intervenantes rencontrées semblaient bien aux faits des dangers d'oblitération des connaissances traditionnelles et m'exprimaient leur malaise à utiliser des méthodes inadéquates telles que les critères diagnostiques. Charlie m'expliquait qu'elle travaillait constamment dans l'urgence et déplorait l'impossibilité d'entreprendre un travail de fond en raison de la proportion trop grande que prend l'intervention de crise. Elle mentionne dans le même extrait l'impossibilité pour elle d'utiliser une approche psychiatrique « standardisée » à laquelle elle fut initialement formée :

Je suis arrivée, j'avais une approche plus standardisée, tu sais, les gens arrivaient à moi avec un diagnostic, bon, on peut aller avec un traitement x ... Mais quand je suis arrivé ici, ce modèle-là, il a fallu que je le mette de côté, parce que je me suis rendu compte que ce dont ils avaient surtout besoin, c'est beaucoup plus d'une psychologue communautaire, que... en psychiatrie.

Je ne vais pas concentrer mon temps à répondre à des demandes d'évaluation psychiatrique... On n'est pas là. Les gens ont besoin d'être supportés, d'être aidés, mais pas d'être catégorisés encore une fois, parce que ça serait juste de répéter le colonialisme, la colonisation... Fait que j'ai vraiment centré sur l'intervention, mais encore là, quand t'éteins des feux, souvent tu ne peux pas aller en profondeur, et aller traiter ce mal-être profond là... (Charlie, psychologue).

Dans les entretiens, l'importance de connaître la limite de leurs compétences se discerne nettement. Elles furent plusieurs à y mettre de l'accent et ceci constitue peut-être également une des contributions les plus importantes du travail de Devereux. Par exemple, Alexis me dit

Je suis spécialisée en post-trauma. En post-trauma donc il fallait que je fasse une sélection, ceux qui sont en post-trauma aigu, je ne les prenais pas, parce qu'il faut les voir des fois 2 fois par semaine, parce qu'ils sont trop anxieux. Alors y'avait beaucoup d'ajustements à faire... (Alexis, psychologue).

En psychologie et particulièrement dans l'approche psychodynamique, les intervenantes se doivent d'être très prudentes avec les clientèles multi-traumatisées et ne doivent pas entreprendre de processus risqués avec des clients trop fragilisés pour les supporter. Lou, Alix, Jade, Alexis et Claude par exemple, me parlaient toutes du risque de re-traumatisation. Elles doivent « savoir quand s'arrêter, pour ne parler trop loin » (Jade). Cela modifie considérablement l'action potentielle et la nature du soutien psychique qu'elles peuvent offrir : « il y a des choses que je ne vais pas ouvrir... » me disait Claude. Alix semblait être prise au niveau symptomatique des troubles et aurait plus rarement l'occasion d'opérer un travail de fond. Par exemple, elle ne peut aborder des questions d'abus ou de traumatismes tant que le client continue à boire. Jade me disait aussi que sa clientèle était trop fragile pour y utiliser des approches inspirées de la psychanalyse qui irait trop en profondeur. Ensuite, étant donné que les intervenantes repartent, elles courent le risque de faire revivre un abandon supplémentaire dans la vie du patient et de le laisser dans un état de plus grande vulnérabilité qu'il ne l'était avant. Cette expérience négative pourrait même décrédibiliser les services de santé mentale pour de bon pour ces patients.

La littérature sur l'accompagnement et la psychothérapie multiculturelle a pour la plupart focalisé sur les questions de racisme, de discrimination ou d'injustice dans la qualité et l'accessibilité des services. Il importerait toutefois de considérer les effets d'une psychothérapie possiblement nuisibles ou qui empireraient la condition du patient. Selon Wendt, Gone et Nagata, ce pan de la recherche scientifique serait moins développé, mais pourtant crucial (2015). Ils préviennent toutefois de différencier des traitements néfastes d'autres qui seraient simplement inefficaces et que la notion de préjudice est également un construit social. Les erreurs diagnostiques sont un excellent exemple de l'imposition d'une norme culturelle qui peut avoir des conséquences négatives. Ces auteurs postulent alors que les interventions en santé mentale devraient être abordées comme des artéfacts culturels qui courent donc le risque d'être utilisées de manière ethnocentrique. Selon eux, les groupes minoritaires seraient alors plus à risque de subir des conséquences négatives des interventions (« greater risk of being harmed in treatment » (Wendt, Gone et Nagata 2015)).

Les participantes présentaient souvent une grande réticence à parler de culture, par peur de réduction. Systématiquement, lorsque je parlais de culture, on en arrivait aux conditions socio-économiques : précarité, pauvreté, promiscuité due au manque de logements, etc. Une psychiatre ayant effectué des voyages FIFO lors de sa résidence me confiait qu'il lui semble pertinent de se demander si la société allochtone n'aurait pas en quelque sorte médicalisé des peuples entiers ? Les psychiatres et thérapeutes se retrouvent à adresser des conséquences du politique, sans pouvoir influencer la source des maux et briser le cercle vicieux. La critique de la santé mentale mondiale affirme que quelqu'un pourrait se comporter de sorte que les intervenantes y reconnaissent des symptômes d'une dépression, alors qu'ils s'agiraient plutôt de réactions « normales » face à des conditions de vie difficiles. Ainsi, en focalisant sur des interventions rapides - surtout une médication simple à fournir - les tenants de la mondialisation des traitements n'abordent pas les problèmes de fond et diagnostiqueraient parfois à tort (Summerfield 2008). Cet état de fait présente une correspondance avec le contexte du soin dans le Nord autochtone.

On a vu précédemment (section 4.4.4, page 128) qu'Espérance mobilise de manière positive la question de la colonisation à travers ce qui s'apparente à un transfert, en acceptant un rôle de bouc émissaire que des patients lui donneraient parfois. Elle l'utilise alors dans une optique d'exutoire, qui pourrait renforcer parfois la relation de confiance et mener le client à entreprendre un travail plus profond. Sur ce point, il existe évidemment une grande variation, d'une clinicienne à l'autre, selon la personnalité et la trajectoire personnelles, expliquant ce qu'on pourrait appeler un *degré variable de colonialité initiale*.

Je propose de reprendre les expressions Soul Wound et ACRC (acute and/or chronic reaction to colonialism) proposées par Duran et Duran (1995) car elles apparaissent analogues au concept de *post-traumatic slave syndrome* utilisé par la psychologue J.G. Leary pour aborder plusieurs troubles présents en disproportion chez des populations afrodescendantes d'Amérique. Elle associe ce syndrome à des comportements destructeurs et autodestructeurs qui pourraient être dus aux « séquelles de l'esclavage, notamment l'autodépréciation, la socialisation raciste et l'omniprésente "colère noire" (Annoual et al. 2007). Dans cette perspective, les effets de l'histoire coloniale constituent dans ces deux contextes (Autochtones et afrodescendants) un facteur déterminant en santé mentale. Leary postule que la transmission intergénérationnelle

débiterait même avant la naissance de l'enfant. Dans le prochain extrait du rapport d'Annoual et al. 2007 « vers un nouveau modèle de services pour les Canadiens d'ascendance africaine », la définition de leur approche semble aussi correspondre à des nouvelles voies potentiellement efficaces en milieu autochtone :

Principes de la nouvelle approche

Toute démarche préventive ou curative destinée aux Afro-Canadiens devra dorénavant prendre en considération :

1) Le caractère distinctif du système de référence des traditions africaines, notamment :

- L'importance de « l'invisible »¹⁵, de la place des ancêtres, des esprits et des dieux (M. Dauphin, B. Two Rivers) ;
- les conceptions de la personne non réductibles au soma/psyché cartésien (B. Koumare, L. Hurbon, C. Sterlin) ;
- les liens fraternels des humains avec l'environnement naturel et leur souci de s'harmoniser avec ses rythmes ;
- l'importance de la famille, du réseau et de « l'être collectif »/versus l'individualisme occidental (K. Johnson) ;
- l'importance des savoirs non consacrés par la science occidentale (L. Hounkpatin) ;
- l'approche holistique, énergétique et écologique de la santé et de la maladie.

2) L'importance du corps, de son vécu énergétique particulier, de son expérience du rythme (Z. Maboungou) et de son savoir-faire expressionnel (A. Coley, W. Hamid Kush, G. Rodriguez)¹⁶;

3) L'existence d'un savoir et d'un savoir-faire des cultures africaines face à la souffrance, la maladie et la mort ;

4) Les conditions concrètes d'oppression quotidienne dans laquelle vit la majorité des Afro-Canadiens, surtout quand cette oppression prend la forme du racisme ;

5) L'importance de l'impact des oppressions et traumatismes du passé dans les problématiques contemporaines (Annoual et al. 2007)

La somatisation (Ferrara 1999) ou l'incorporation (*Embodiement*) (Pandolfi 1990 et 1991) d'une condition sociopolitique s'appliquerait avec force dans les contextes coloniaux (Roy 2005 ; Bousquet 2005). Certains auteurs en parlent en termes d'internalisation d'une oppression et de la colonisation. Annoual et al. (2007) citent Fanon et proposent que :

certaines d'entre nous ont émis l'hypothèse que cette dynamique d'autoparalysie serait une des manifestations tardives de l'esclavage et de la colonisation : nous, Afro-Canadiens, serions

acteurs/victimes d'un état d'apathie et surtout de ce processus d'implosion (F. Fanon) qui nous fait retourner contre nous-mêmes notre méfiance et notre violence. (Annoual et al. 2007).

Selon Tobie Nathan (1994) : « pour un patient migrant, tout acte thérapeutique s'appuyant sur une causalité de type scientifique constitue à lui seul un nouveau traumatisme psychique. » (1994 : 21). Bien que cette position puisse paraître manichéenne, mes données suggèrent que ces risques de traumatisme s'appliquent dans certains cas au Nord du Québec. Certaines informatrices nuançaient cependant, en rappelant qu'une grande partie de leur clientèle a toujours été en contact avec les services de soin et les approches biomédicales qu'elles endosseraient.

6.2.1 Traumas historiques, intergénérationnels ou la politique de la psyché

Au cours de sa longue pratique au sein de différents peuples autochtones, Claude a assisté à l'émergence du concept scientifique de traumatisme multigénérationnel, puis de celui de traumatisme historique, puis comme elle le nomme celui de « post-traumatisme colonial ». Des choses qu'elle percevait dans son travail sans avoir les outils pour leur faire face. Avec cette remarque, elle me rappelait le caractère construit et situé culturellement des outils psychopsychiatriques. On comprendra qu'ils ne sont pas universels.

Y'avait pas de textes, quelques écrivains aux États-Unis, mais c'était surtout en éducation qu'ils publiaient des choses, mais en psychologie, en intervention... Je suis en train de relire : la notion de post-traumatisme a été officialisée en 1960...76 C'est, l'année que moi j'ai graduée de mon BAC, on ne savait pas ce que c'était, alors la notion de post-traumatisme multigénérationnel. C'est venu dans les années, fin des années 90. Mais on le voyait, on le voyait, mais des fois on ne savait pas trop quoi faire avec... On ne savait même pas si c'était correct d'entamer ce discours... Puisque ça ne se faisait pas partie de notre répertoire... On y'avait des gens qui parlaient un peu du post-traumatique par rapport à la guerre, deuxième Guerre mondiale, les recherches qui ont été faites avec des survivants dans camps et de... Mais c'était très flou encore... Et le parallèle colonialisme et trauma de guerre ne se faisait pas. On ne faisait pas le lien.

Les chercheurs oui, mais dans le livre, ce qu'on apprenait c'était... c'était vraiment, comme toujours, et ça demeure : la psychologie morcelle, le travail de faire un diagnostic et de morceler la personne, sa situation, Et euh... Fait que les approches holistiques c'est vraiment revenu aussi dans les années 60-70-80 avec un regard, l'approche familiale... Euh les interventions... Fait que là on commence dans les tous débuts d'un éveil social par rapport à une autre culture qui est vraiment basée sur une famille élargie...

Et ... Une société qui, dans la nôtre, qui travaille en silos, l'identification et de déterminer, on arrive à un problème, un diagnostic, alors t'as vraiment deux cultures qui se heurtent...

Si la littérature scientifique concernant les traumatismes historiques est foisonnante, plusieurs auteurs en psychiatrie transculturelle en parlent avec ambivalence et présentent les limites du modèle explicatif. James B. Waldram (2014) a aussi réfléchi sur la construction de cette notion de traumatisme historique en tant qu’idiome de détresse qui peuvent être intégrés via des mécanismes sociaux aux effets selon lui ambivalents : « possibly, of course, the idiom of historical trauma provides a language through which to express personal experience—precisely the “work of culture”—and is therefore therapeutic, but it remains unclear if the idiom is serving the distress or creating it. ». Les seuls traitements potentiellement positifs dans ce contexte devraient être supportés par une logique transformative, portée vers l’action et le changement social (du milieu), ce qui s’oppose à une logique restauratrice, dans un contexte où la colonisation a causé des changements profonds et que cet ensemble d’éléments ne peuvent être restitués :

The past here is individualized and is expressed in personal terms even while there is implicit acknowledgement of underlying historical processes. These processes themselves tend to distill into concerns about identity as much as or more so than trauma. “Healing to me is understanding who you are,” stated one Building a Nation client, “rediscovering who you are as Aboriginal people” because this individual and collective sense of identity was seriously damaged. Aboriginal spirituality plays a pivotal role in this reparation of identity because it speaks not just to religious contentment but also to broader notions—often generalized across many First Nations—of what Aboriginal “culture” was once before, and could yet again be (Waldram 2014).

L’auteur poursuit plus loin : « here the idiom of historical trauma becomes problematic: if traumatization continues to emerge as a signifier of Aboriginality, the validity of the parallel and popular notion of resilience among Aboriginal people (Tousignant & Sioui, 2009) also becomes problematic. » (Waldram 2014). Ce dilemme semble alors parfois être vécu comme une impasse thérapeutique : « est-ce que je suis en train de soigner des gens qui sont malades parce qu’ils boivent de l’eau d’un puit contaminé, au lieu de changer le puit ? » (Charlie, psychologue). Alix me rappelait que ces dilemmes et ces angoisses ne sont pas propres aux contextes autochtones. Ses réflexions y seraient seulement plus faciles à discerner. Concernant l’effet du politique sur la psyché, elle me disait : « depuis que je suis au Nord, je me rends compte que c’est pareil dans le Sud, mais la seule différence c’est que dans le Nord c’est très petit, alors c’est plus flagrant... mais je pense que c’est pas mal pareil... »

D'autres perspectives critiques soulignent aussi les risques de généralisation abusive liés au fait de dépeindre des sociétés entières comme étant foncièrement traumatisées, et les heurts potentiels telles que les violences épistémiques qui peuvent être causées :

Labeling whole communities as 'sick' is a metaphor that may contribute to pervasive demoralization. From this perspective, it would be best to find a means to address hopelessness without labeling it as an illness at either individual or community levels. Psychiatric and sociological views may be complementary rather than contradictory (Kirmayer et al. 1994).

Ces auteurs s'entendent avec plusieurs participantes sur le fait que des personnes puissent avoir traversé ces épreuves sans traumatismes graves ou encore vécu les écoles résidentielles ou les familles d'accueil de manière positive. De plus, il s'opère dans ces milieux – comme partout d'ailleurs – plusieurs types de traumas et ceux-ci ne sont pas nécessairement historiques. Ne parler qu'en termes de traumatismes historiques court aussi un risque de déresponsabilisation des individus et du politique et constituerait un discours fataliste non constructif (Waldram 2004 et 2014 ; Kirmayer, Gone et Moses 2014 ; Gone 2014). Selon ces auteurs, bien que la notion serve de modèle explicatif intéressant, il faut garder en tête les mécanismes sociaux contemporains de marginalisation et d'exclusion des autochtones, une situation actuelle et qui est constamment réifiée par les politiques. Ainsi, le trauma devrait plutôt être compris comme une « self-vindicating loops between politics, structural violence, public discourse, and embodied experience » (Kirmayer, Gone et Moses 2014). Gone (2014) parle d'un autre danger d'interpréter tout trouble psychique en termes historiques. Tout comme la critique postcoloniale en court aussi le risque, cela aurait comme effet pervers de dépeindre les peuples de manière dichotomique et manichéenne, soit des Européens oppresseurs et des Autochtones victimes. Le modèle semble alors limité en ce qu'il présente une compréhension polarisée et simpliste risquant de tomber dans une rhétorique morale et de réifier les différences entre les peuples. Le trauma intergénérationnel n'est pas non plus le seul effet de la colonisation. Rappelons que la résilience des patients Autochtones m'a été rapportée comme étant extrêmement impressionnante. Les intervenantes psy étaient les premières à me rappeler que les expériences vécues ne sont pas uniformes. En bref, une trop grande attention à l'unique perspective historique dissimulerait aussi des inégalités structurales et médicalise le social (Conrad 1992). Ce constat ne concerne pas seulement les milieux autochtones d'ailleurs.

6.2.2 La démarche diagnostique mise en question

On a bien vu que le recours à un diagnostic trop rigide porte en soi une violence intrinsèque, coure le risque de transmettre une vision coloniale de la santé mentale et de reproduire une relation inégale de pouvoir. Devereux a consacré plusieurs textes à démontrer que le principe d'adaptation ne fonctionnerait pas comme critère diagnostique (1971 ; 1974). Il évoque en exemple des sociétés selon lui si « enlisées », au sein desquelles les membres développent des réponses pathologiques qui se répandent et deviennent « normales » dans le contexte, mais qui n'en sont pas moins néfastes. Dans mon contexte d'étude, les discussions concernant les diagnostics de troubles affectifs, ou au moins des symptômes liés aux troubles de l'attachement souvent revenus de manière récurrente, étant donné leur surreprésentation dans le Nord-autochtone. Ces idiomes seraient alors graduellement intégrés à l'ethos culturel ou l'inconscient ethnoculturel. Dans ce contexte, on perçoit bien la tension entre les deux triades *normalité / adaptation à son milieu/ bonne santé mentale* (c'est-à-dire qu'en psychiatrie standard, une bonne intégration est garante d'une bonne santé mentale, ce qui correspond à une absence de diagnostic psychiatrique) et *l'anormalité / inadaptation à son milieu / désordre psychique*. L'ethnopsychiatrie y répond en affirmant qu'il existe des psychopathologies institutionnalisées ou des « fait[s] soci[aux] comme maintien de la névrose individuelle » (Devereux 1970). Cette discipline a aussi bien démontré que, dans toutes sociétés, un conflit psychique peut être considéré « conventionnel » lorsqu'il est institutionnalisé par un rituel de guérison associé. Ce dernier constitue alors des « défenses culturellement sanctionnées » (Devereux 1970). Or, avec l'évolution des sociétés, ces troubles institutionnalisés évoluent également : de nouvelles manifestations de la détresse émergent, de même que de nouvelles réponses, alors que d'autres deviennent désuets. De cette lunette, on peut comprendre aisément la difficulté à ne pas intérioriser des normes qui seraient pourtant mortifères, qu'il s'agisse d'habitudes alimentaires (Roy 2005), de consommation (Bousquet 2005), ou encore de suicide (Stevenson 2014 ; Adelson 2000).

Devereux postule de l'existence d'un inconscient culturel « qui se transmet comme la culture et évolue comme la culture » (1977 (1956) : 4-5). Cela m'a aussi été présenté par les répondantes. Cette vision permet de ne pas décrire les symptômes et étiologies ou « désordres ethniques » comme étant figés (Devereux 1970 ; Laplantine 2007). Plusieurs répondantes m'ont

exprimé cette collision dans les critères (ou les traits de personnalité) et leur malaise à utiliser certains outils de mesure ou de diagnostic (voir chapitre 4, section 4.4.5).

Un article de la revue psychologie Québec met en garde les intervenantes à « tenir compte du contexte culturel » dans l'évaluation des enfants, qui « répondraient à différentes normes. » (2018). Cette affirmation est corroborée par les témoignages de Jade, Camille et Charlie notamment. Il me semble aussi intéressant d'associer cette dernière citation au témoignage d'Alix qui semble parfaitement s'accorder. Selon la psychothérapeute, ses patients se transformaient complètement lorsqu'ils partaient sur le territoire. Alors, dans un autre contexte, hors de la communauté ou bien ailleurs que dans une salle de consultation et avec des critères plus appropriés à ces nouveaux contextes, les diagnostics seraient sans doute très différents. Dans l'exemple de Charlie et d'Alix, les patients pourraient sembler alors beaucoup moins passifs, dépressifs ou désorganisés s'ils étaient évalués avec des critères plus « culturellement pertinents ».

Le risque lié aux profits et à l'intérêt de l'industrie pharmacologique fut parfois évoqué dans les entretiens. Plusieurs chercheurs craignent que le mouvement de la mondialisation de la psychiatrie, en privilégiant le recours aux médicaments, ne pave la voie aux compagnies pharmaceutiques, et ce, sans certitude que tous ces traitements ne soient réellement efficaces (Whitley 2015 ; Summerfield 2008 et 2013). Il y aurait aussi dans ce contexte une trop grande abondance de diagnostics d'autant plus que ceux-ci portent un plus grand risque d'erreur. De ce contexte particulier, les thérapeutes contestent la pertinence des diagnostics, conçus « dans le Sud pour des gens du Sud » (Charlie). Santiago-Irizarry parle de médicalisation de l'ethnicité (2001). En contrepartie, en contexte interculturel, il existerait aussi des risques de ne pas considérer comme pathologiques des maux qui sont perçus comme étant normaux dans la société d'origine du psychiatre (Laplantine 2007).

Des intervenantes m'ont aussi raconté qu'elles se garderaient de désigner en termes de diagnostics, dans le Nord, bien qu'elles reconnaissent des traits de personnalité qui les auraient menées, ailleurs, à poser le diagnostic. Cette prudence ne les empêche pas pour autant d'orienter leur traitement et leurs stratégies thérapeutiques en s'inspirant des approches habituellement conçues pour des patients ayant ces troubles. Au sujet des croyances et des psychoses, Adeponle (2010) présente dans son mémoire de maîtrise un processus « de raisonnement » en trois étapes

sur la question : (1) problématiser le diagnostic initial, (2) expliquer les symptômes en termes de recherche biomédicale, les processus psychologiques ou sociaux (3) de confirmer ou de réinterpréter le diagnostic d'un trouble psychotique (Adeponle et al. 2012). Ce processus met en lumière le raisonnement psychiatrique dans les cas complexes et peut être utilisé dans le raffinement de formation adressée aux prestataires des services. Ces réflexions me mènent à la formulation d'une cinquième hypothèse :

L'approche englobante d'Eduardo et Bonnie Duran (ACRC et *soul wound*) transmet quant à elle, une vision holistique qui semble très pertinente. C'est aussi en ce sens que Dominique parlait d'un syndrome « post-résidentiel », présent dans la littérature scientifique qui s'intéresse aux traumatismes historiques (Kirmayer et Gone 2014). La prise en compte des conséquences potentielles de l'inadéquation des diagnostics contribue donc à la tâche promue par Gone, Wendt et Nagata prendre conscience et de prévenir les heurts potentiels (2015).

6.3 *Tout est dans tout* ou l'intérêt d'une approche systémique complémentariste

Une angoisse et des dilemmes émergent chez les intervenantes, générés par le constat de l'inadéquation de leur méthode de travail. Elles se voient être confrontées aux limites de leurs interventions. Celles-ci apparaissent de manière particulièrement saillante et en plus grand nombre dans le contexte du Nord autochtone. Le malaise à parler de culture que plusieurs intervenantes exprimaient pourrait aussi provenir du fait qu'une interprétation culturelle des maux ne peut pas être complète sans courir le risque de faire de la réduction. Il en serait à mon avis ainsi pour toute autre interprétation n'adoptant qu'une seule perspective et non seulement pour le discours culturel. Ce pourrait être le constat de l'origine politique et du caractère systémique des troubles de santé mentale abordés en consultations qui mène les intervenantes à adhérer à leur tour à une perspective systémique, sans nécessairement lui avoir apposé cette appellation. On retrouve généralement au moins deux niveaux d'analyse imbriqués et indissociables dans les témoignages des intervenantes : si les patients souffrent manifestement, l'origine de leur souffrance n'est pas nécessairement psychique et il ne s'agit pas toujours d'une maladie. Or, elles sont dans l'obligation de les aider avec les moyens dont elles disposent.

D'autre part, concernant le complémentarisme, Alix naviguait entre au moins deux niveaux d'analyse qu'elle percevait comme distincts, mais complémentaires :

Tu le vois dans la thérapie, mais aussi dans la communauté, mais tu le vois aussi dans le système ; "avant que tu me rejettes, je vais te rejeter" ... c'est des gens qui ont vécu beaucoup de traumatismes tu sais fait que c'est... même dans la communauté tu peux le voir, la façon dont ils réagissent quand ils sont blessés [comment ils gèrent leurs émotions, ou dans les relations de travail] ... En thérapie tu peux le travailler ça, mais au niveau collectif, tu sais, quand tu regardes la psychologie de la communauté, je vois des choses, mais ce n'est pas mon rôle non plus là, c'est très systémique ... la façon dont ils fonctionnent, et y'a pas beaucoup de zone grise, c'est un peu plus impulsif [...] C'est intéressant parce que c'est les mêmes dynamiques que je vois en thérapie, mais tu les vois jouer dans la communauté, c'est dans le système... (Alix).

Adoptant la perspective complémentariste, Laplantine affirme que la psychothérapie et les troubles mentaux doivent être considérés comme un fait social total (Mauss 1923) s'exprimant au sein de plusieurs institutions : religieuses ; juridiques et morale ; politiques ; familiales ; économiques ; esthétiques ; et morphologiques notamment (Laplantine 1988).⁹³

Laplantine, proche des pensées de Mauss et de Devereux⁹⁴ en appelle à un découpage et à l'utilisation de méthodologies variées, pour analyser un phénomène « *simultanément* en termes économique, politique, psychologique, sociologique... » (1988 : 64). Pour lui, l'analyse des troubles psychiques « ne peut consister que dans l'examen *successif* d'au moins deux dimensions du même phénomène » (1988 : 65). La coexistence de plusieurs explications valides d'un même phénomène sert à Devereux pour affirmer que les comportements humains sont surdéterminés (Devereux 1970). Laplantine distingue cinq différents types de discours possibles : le discours étiologico-thérapeutique local de la société étudiée (discours culturel) ; le discours ethnologique sur la société étudiée ; le discours psychiatrique ; le discours du malade lui-même (récit ou narratif) ; et le discours formé par l'équation personnelle du chercheur ou du praticien. Comme nous verrons dans les exemples de la violence et de la méfiance, cette intersection de perspectives porte aussi le potentiel de réconcilier les approches sociale et culturelle, en grande tension dans la littérature anthropologique (Snowball et Weatherburn 2008 ; Anderson 2002).

⁹³Tarot précise ainsi que « le fait social total, c'est une curiosité bien maussienne pour les zones de pénombre non fréquentées entre les disciplines, pour les interstices négligés ; c'est aussi le refus des hiérarchies prématurées dans l'explication de phénomènes qu'on ne sait pas encore décrire intégralement » ([Tarot, 1996 : 78] cité dans Wendling, 2010).

⁹⁴ Devereux a d'ailleurs suivi une formation de sociologie sous l'enseignement de Marcel Mauss ; ce qui explique sans doute cette convergence de perspectives (Chemouni 2007).

Particulièrement en contexte colonial, les variables sociales et culturelles semblent imbriquées et complémentaires. De surcroît, on ne peut souvent pas départager laquelle des variables est mise en cause dans un cas particulier. Deux exemples me serviront maintenant à illustrer la pertinence d'une analyse systémique complémentariste dans l'appréhension de cas de santé mentale dans le Nord autochtone.

6.3.1 Exemple 1 : la violence

Selon les répondantes, les incidents violents et les manifestations diverses d'impulsivité et de violence seraient proportionnellement surreprésentés dans ces milieux. J'intègre les tentatives de suicide à la catégorie plus large de violence tel que Victoire me le suggérait en parlant des « comportements destructeurs et autodestructeurs », et qui sont de surcroît souvent commises impulsivement et/ou en état d'intoxication. Il s'agit donc de défis régulièrement abordés par les thérapeutes rencontrées.

Jade, psychiatre, me livrait lors du même extrait d'entretien cinq différents niveaux d'analyse envisageables ⁹⁵ : démographique, géographique, biogénétique, socio-économique et culturel. Le dernier niveau, la culture, fut celui qu'elle mit le moins en cause dans les difficultés d'interprétation dont elle me témoignait, autant par elle que par les autres intervenantes rencontrées.

Voici une brève description d'interprétations que j'ai relevées des entretiens et auxquelles j'ai ajouté une interprétation ethnopsychiatrique qui m'apparaissait complémentaire :

- Culturellement, elle serait un moyen de résolution de conflit qui nous choquerait par sa différence. Espérance me rapportait qu'il était commun de réagir à des conflits interpersonnels ou conjugaux en brisant des fenêtres ou de manière généralement plus agressive que pour des Occidentaux. Elle qualifiait donc cette réaction de culturelle.
- Ces mêmes réactions violentes et impulsives pourraient être comprises comme des actions socialement désinhibées par une consommation d'alcool et d'autres drogues, elle-même probablement causée par une constellation de problèmes sociaux (pauvreté,

⁹⁵ L'extrait serait trop long à citer en entier pour les besoins de ce mémoire qui est déjà trop long.

problèmes de logements, etc.). Une interprétation qui implique de comprendre la consommation comme un modèle d'inconduite.

- Jade me rappelait qu'un des symptômes du syndrome d'alcoolisme fœtal, qu'une assez grande proportion des communautés qu'elle dessert présente à divers degrés, est justement l'impulsivité et des réactions violentes, ou bien un certain degré de désinhibition. Cela représente une autre interprétation idiosyncrasique.
- La colère et ses déclinaisons pourraient aussi prendre plus largement racine dans des traumatismes vécus et/ou transmis depuis la colonisation. À ce titre, plusieurs auteurs proposent de concevoir l'expérience de la colonisation maintenant comme une culture ou un élément intrinsèque aux cultures autochtones, une variable donc historique incontournable qui pourrait aussi être à l'origine de toutes les autres.
- On ne peut enfin exclure de nombreux autres facteurs psychologiques liés à la trajectoire personnelle ou au narratif de chaque individu, qui imbriquera de manière unique les différentes influences précédemment présentées.

La notion de modèles d'inconduite, de Devereux, depuis l'anthropologue Ralph Linton, lui-même formé à l'école de Franz Boas (1970 : 34) pourrait également servir ici de modèle explicatif à la généralisation des réactions violentes. Cet outil conceptuel a servi à d'autres auteurs pour interpréter des phénomènes qui amalgament le psychologique et le culturel (Laplantine 2007 ; Chebili 2014).

En résumé, de ces causes à la fois proximales ou ultimes, on constate que les différentes variables évoquées sont très difficiles ou impossibles à démêler et sont mobilisées simultanément dans chaque situation (Kirmayer 1994 ; Snowball et Weatherburn 2008 ; Anderson 2002). Comme l'a si sagement dit l'auteur-interprète et poète abitibien Raoul Duguay : « tout est dans tout ». Le prochain tableau schématise les différentes interprétations possibles pour ce cas de figure. On remarque en dernière analyse un complémentarisme marquant, au sens de Georges Devereux, entre le biopsychologique et le socioculturel, c'est-à-dire que les maux sont à la fois idiosyncrasiques et collectifs.

Tableau 3 - L'exemple de la violence : synthèse des variables explicatives du cas de figure

Variable	Cause potentielle de la violence (impulsivité et comportements destructeurs)
Géographique	Changements sociaux récents et perte de territoire ; tensions intracommunautaires et manque d'espace où ventiler ;
Démographique	Fragilisation parfois due à un manque de réseau ; Tout le monde connaît tout le monde ;
Historique	Expérience de la colonisation sous diverses formes ; Traumatismes intergénérationnels et « syndrome résidentiel », vécu personnellement ou transmis ;
Social	Pauvreté ; manque de logement et promiscuité dans les maisons ; manque d'opportunités d'emploi ou d'accomplissement ;
Culturel	Réactions « culturelles » ; Cosmologie et conception de la mort qui est différente (voir L. Stevenson 2014)
Biopsychologique (trajectoire personnelle)	Expériences personnelles traumatisantes ; Toxicomanie, alcoolisme foetal et actions désinhibées ; « Syndrome résidentiel » et autres troubles de personnalité ; Organisation bioénergétique dysfonctionnelle ou destructrice en raison de contradictions alloplastiques vs autoplastiques (Sterlin) ; Réaction négativiste (Devereux).

Évoquons encore ici la pertinence du concept de négativisme social, aussi proposé par Devereux. Il insiste sur les chocs ou les traumatismes que peut provoquer la rencontre inter-groupe. Tout comme la psychiatrie communautaire l'affirme, l'ethnopsychiatrie postule que plusieurs comportements pathologiques sont effectivement symptomatiques d'un conflit interne notamment lorsque le sentiment d'« unité du soi » est compromis. Dans cette perspective, les épisodes de changements sociaux imposés génèrent des réactions de résistance ou de contestation. Ils prennent parfois la forme de ce que Devereux appelle l'acculturation antagoniste et provoquant en réaction des besoins négativistes ou en ses mots « un abandon du mythe au profit du symptôme ». Pour Kirmayer, il s'agit également d'un phénomène multifactoriel qui

implique plusieurs niveaux d'analyse, notamment ceux de l'individu, de la famille, de la communauté et du politique :

the collision of two cultures results in acculturation stress that acts at three levels: the community, the family and the person. The community suffers economic disadvantage, social disorganization and political disempowerment. Unemployment, poverty and community disorganization create conditions of alienation and anomie (i.e. normlessness). The family and social support system suffer disorganization as well from the forced changes brought on by rapid modernization and loss of traditional patterns of subsistence. Individuals suffer self-estrangement and loss of self-esteem due to the denigration or marginalization of the heritage culture from which they draw their language, self definition and personal history (Kirmayer 1994 : 28).

Il met en garde néanmoins quant au danger d'avoir un discours uniquement politique sur problème : « suicide commands public and government attention and therefore is perceived as a powerful issue to bring to the fore in political debates. Just this focus, however, may serve to legitimate suicide as a form of political protest and so, inadvertently, increase its prevalence. (1994 : 28). Cette perspective est semblable à la vision communautaire de Sterlin (1973) tout en rappelant les notions de modèle d'inconduite (Devereux 1970) et de marqueurs identitaires meurtriers (Roy 2006). En effet, tous ces auteurs postulent que la désorganisation dans la psychopathologie peut être interprétée en termes de contestation ou révolte sociopolitique : « tout symptôme d'alarme est une attaque contre les valeurs sociales essentielles et un affront envers d'importantes susceptibilités sociales » (Devereux 1970). En abordant la question dans les années 1940, Devereux le qualifiait déjà dans une perspective dynamique, de « modèle en voie de formation » qu'on interprète à tort comme des troubles idiosyncrasiques plutôt que sociopolitiques résultants d'une imposition coloniale (1970).

6.3.2 Exemple 2 : la méfiance

L'exemple de la méfiance illustre à son tour cette intersection de multiples variables dans les symptômes ou les réactions d'un patient. Il s'agit d'une autre récurrence des entretiens. J'énumère en bref les différents niveaux d'explications qui sont également regroupés dans le tableau qui suit :

- La méfiance pourrait s'expliquer par l'important roulement d'employés, comme il me fut rapporté par de nombreuses participantes. Cette situation peut être vécue de manière douloureuse ou traumatique.

- La crainte du bris de confidentialité a longuement été discutée en chapitres trois (3) et cinq (5) et peut servir à expliquer la méfiance des usagers. La faible démographique augmente cette peur du bris de confidentialité.
- L'inadéquation des solutions ou des moyens d'action que les thérapeutes et psychiatres proposent aux patients dans ce contexte peut également être mise en cause, et pose une forme d'anxiété à Claude malgré ses nombreuses années d'expérience : « la notion de résistance du client ou de la famille, tu ne peux pas l'avoir, parce que tu ne sais jamais si la résistance que tu es en train de rencontrer devant les gens, c'est parce que, c'est aberrant pour eux ce que tu leur proposes... » (Claude, psychologue).
- Les codes communicationnels différents que les intervenantes interprètent comme de la méfiance, pourrait aussi entrer en ligne de compte, « not the most expressing culture » selon Alix.
- Les expériences personnelles négatives avec le système de santé (Stevenson 2014) ou des expériences de racisme qui mènent les patients à se méfier des services offerts.

Tableau 4 - L'exemple de la méfiance : synthèse des variables explicatives du cas de figure

Variables	Cause potentielle
Géographique	Grand roulement d'employés ;
Démographique	Impossible neutralité et crainte du bris de confidentialité ;
Historique	Expérience de la colonisation sous diverses formes ;
Social	Différence socio-économique entre les deux acteurs et rapport de pouvoir accru ;

Culturel	Codes communicationnels ; questions et conseils perçus comme intrusifs dans les valeurs de la société (haute importance accordée à l'autonomie et à la liberté individuelle) ;
Biopsychologique et trajectoire personnelle	Expérience personnelle négative avec le système de santé ou avec des membres de la société dominante ;

En somme, ces deux exemples présentent la pertinence de l'analyse systémique et les considérations présentées dans ce chapitre ne sont pas propres à un travail avec des Autochtones. Toutefois, les défis de l'intervention et ses limites paraîtraient seulement plus saillants dans ce contexte. Pour ces raisons, il s'impose à mon avis de manière pressante l'importance de développer une nouvelle approche dialogique. Bien sûr, une telle approche serait également pertinente, en tout ou en partie, dans d'autres contextes que celui-ci.

6.4 Éléments étiologiques en collision

On rencontre une personne, mais on a quand même une communauté en fait. Et ça c'est drôle, parce que je le sais, mais j'ai toujours mon réflexe de blanc qui fait que je n'y pense pas, il faut que je me force à penser au lien communautaire qu'il y a dans cette personne-là, comme plus important... Et d'aller vérifier comment elle se positionne par rapport à son groupe... (Lou, psychothérapeute).

Cette dernière section tente d'agencer les réflexions présentées dans ce chapitre pour de contribuer à l'effort d'ébaucher une approche intégrée en santé mentale en milieux autochtones. On s'écarte ici des théories ethnopsychiatriques pour focaliser sur les aspects singuliers de la pratique des participantes dans le Nord-Autochtone.

6^{ième} constat de l'étude : L'espace-temps thérapeutique

Les thérapies et les consultations seraient potentiellement plus efficaces dans d'autres conditions et selon d'autres paramètres qu'en bureau privé. Elles pourraient avoir lieu sur le territoire par exemple, ou offrir un cadre plus flexible. En ce sens, l'élaboration de pratiques intégrées, métissées ou englobantes pourrait passer par une approche inspirée de la psychiatrie communautaire qui semble trouver écho dans les données de l'étude.

6.4.1 Étiologies et épidémiologie socioculturelle

Les intervenantes rencontrées seraient parfois impliquées dans une collision étiologique qui peut se manifester de manière dissimulée⁹⁶. Celle-ci serait donc parfois difficile à reconnaître. Plusieurs éléments de cette collision étiologique des maladies mentales pourraient jouer dans l'insuccès ou l'inadéquation des services et des traitements prescrits⁹⁷. L'individualisation et l'intériorisation des maladies sont deux composantes d'une vision occidentale que Laplantine qualifie de « dogme scientifique » (1988). Concernant la tension entre ce qui est collectif et ce qui est individuel. Nathan nous dit :

un patient (seul, c'est-à-dire délibérément isolé, et non au sein de sa famille, un patient considéré comme une totalité, c'est-à-dire coupé de sa lignée, de ses appartenances initiatiques, de son village), un docteur (généralement savant, c'est-à-dire armé d'une pensée théorique, d'une éthique, d'une morale de groupe voire de caste, qui lui n'est pas isolé) et une raison (naturellement universelle, alors qu'il existe d'autres types de rationalité, construite a priori pour saisir, décrire, analyser, bref, prendre possession de l'objet toujours autre, toujours figé dans son externalité. » (Nathan 1994).

Dans le même sens, pour Victoire, formée aussi à la psychanalyse, le délire est « extrêmement porteur de sens culturellement », Il semble à nos yeux, culturellement incohérent si on n'opère pas de décodage culturel (aussi affirmé par Carlo Sterlin 1973). Nuancions cependant que les risques de malentendus interculturels dans le contenu des rencontres ne seraient pas toujours à l'épreuve d'une contextualisation prudente et ne constitueraient pas, selon plusieurs répondantes, le principal défi de leur travail. Elles ont identifié comme enjeu prioritaire le contexte sociopolitique, la colonisation et les dilemmes liés à la déontologie et à la confidentialité.

En résumé, l'individuel et le collectif, les esprits dans leurs différentes expressions, et sans aucun doute bien d'autres particularités qu'il ne fut possible de recenser dans cette étude représentent autant d'éléments étiologiques qui peuvent affecter l'efficacité ou la pertinence culturelle du traitement, voir insécuriser les usagers des services dans le Nord autochtone. Ainsi, le rôle même des thérapeutes ou des guérisseurs variera en raison des contextes particuliers, quelque chose qui pourrait se produire sans même que les intervenantes ne s'en rendent compte.

⁹⁶ Pensons à quelques anecdotes telles que l'exemple de plusieurs clients de Victoire qui entraient sans jamais attendre dans la salle d'attente et sans cogner, ou encore à l'inefficacité de la notion de résistance du patient rapporté par Claude.

⁹⁷ Il s'agit d'une hypothèse qui serait plus facile à confirmer ou infirmer par des recherches ultérieures qui adopteraient une méthodologie qui valoriserait le point de vue des usagers des services.

6.4.2 Le lieu, le temps ou l'espace-temps thérapeutique

Une divergence semble parfois émerger au sujet du lieu, du temps et de la fréquence des rencontres. Ces éléments prennent généralement une importance dans la psychiatrie et la psychothérapie. Je propose de comprendre l'espace-temps thérapeutique comme une partie centrale du dispositif de soin. Il influence l'attitude des acteurs qui est déterminante dans la relation et le succès du soin psychique. Ces particularités peuvent aussi être liées à des conceptions socioculturelles différentes de ce qu'il y a de thérapeutique ou de libérateur pour les patients, dans le travail qu'ils font avec les thérapeutes et les psychiatres. À ce propos, parmi les approches curatives évoquées dans le rapport d'Annoual et al. 2007 sur la clientèle afrodescendante, il est recommandé d'éviter « le cadre froid, étrange et inquiétant des urgences et des hôpitaux ; le diagnostic précoce de schizophrénie ; la pharmacologisation massive et imposée ». Il semble possible de postuler que le bureau où les clients rencontrent les soignantes n'est pas nécessairement chargé symboliquement, ce qui peut affecter le résultat du travail psychique qui y est opéré.

Le territoire en général et les activités faites dans des lieux qui ont sens pour les clients constitue une avenue prometteuse à de nouvelles approches de la guérison. Cette première proposition n'est pas sans rappeler un article du Dr José Ségura concernant justement les pratiques et les premiers temps de la clinique transculturelle de l'hôpital Jean-Talon, lorsque l'équipe de cothérapeutes qui se déplaçait et à intervalles très variables selon chaque situation. Le psychiatre et ethnopsychiatre José Adolfo Segura promeut quant à lui l'espace thérapeutique à la maison :

Il faudrait distinguer un espace rituel ou de thérapie à l'intérieur de l'espace de vie familiale. De cette façon, le rôle de thérapeute serait préservé et ainsi, un contrat thérapeutique pourrait s'établir. Finalement, cet "espace dans l'espace" ne serait qu'un cadre de thérapie. Moi, je l'appelle un cadre transportable ou un « espace thérapeutique à la maison (Ségura 2003).

Le psychiatre se demande « comment faire pour effectuer cet " emprunt culturel " ? » Il se questionne aussi à savoir si « le système chamanique s'avérerait-il la solution pour garder les " distances thérapeutiques " optimales et efficaces en réinstallant l'espace du sacré à l'intérieur de la maison ? » (Ibid.). Ces idées sont aussi suggérées par Oulanova et Moodley qui proposent que

les effets puissent être beaucoup plus efficaces en nature, mais aussi parfois seulement « somewhere in their community that they feel comfortable with » (2010).

Concernant la signification du lieu, Ferrara propose que l'expression des émotions varie en fonction du contexte et de l'endroit où l'action est performée et serait donc très « situationnelle » (1999). Cela biaiserait du fait même les interprétations situées des intervenantes qui n'ont accès qu'à un certain type d'expression influencé par le contexte rigide des rencontres. C'est peut-être en ce sens qu'on pourrait interpréter les « consultations spontanées » dont plusieurs intervenantes me témoignaient, dans la rue, en sortant les poubelles, à l'épicerie ou faisant une activité, par des clients qui ne viennent pas rencontrer ces mêmes cliniciennes à leur bureau ou à la clinique. L'étude de Ferrara suggère aussi que les Cris seraient plus expressifs, moins « réticents », lorsqu'ils sont sur le territoire (de l'anglais « bush settings ») et dans le cadre d'activités rituelles traditionnelles. Ce constat suggère que le contexte rigide des rencontres psychopsychiatriques met en scène une évaluation de la sensibilité et de l'expressivité des émotions parfois erronée parce qu'elle est considérée hors contexte. Alix corrobore ces hypothèses en me parlant d'une transformation dont elle témoigne lorsqu'elle voit ses patients sur le territoire. Jade prescrit quant à elle des congés sur le territoire quand cela lui semble plus utile qu'un autre traitement. Ferrara nuance toutefois son hypothèse, car les questions explicites posées lors des évaluations psychopsychiatriques peuvent être perçues comme étant intrusives culturellement, biaisant les évaluations auxquelles elles sont censées servir. L'art constituerait selon elle une stratégie « culturellement plus appropriée » pour « reconnaître, nommer, interpréter et organiser ses sentiments » (traduction personnelle, Ferrara 1999 : 108). Une approche par l'art aurait le potentiel de décontextualiser les émotions, pour en favoriser leur expression. Les mécanismes de guérisons seraient alors inscrits dans le processus même de la création artistique.

6.4.3 Le territoire comme symbole et comme lieu de guérison

Mes données de recherche sont claires à l'effet que le territoire porte un grand potentiel de guérison, à la fois comme symbole et comme lieu physique. On a vu que le contexte autochtone nord-américain est caractérisé par le colonialisme et par la prégnance de ses effets. La perte du territoire et la sédentarisation forcée sont des éléments centraux du colonialisme et

du projet d'assimilation qu'ont subi les peuples autochtones. On ne peut donc en faire fi lorsqu'on s'intéresse au soin ou au traitement du psychisme, tant les effets de cette perte sont profonds. On sait aussi que la dépossession a affecté profondément la transmission de savoirs et de pratiques et d'un certain mode de vie qui ne peuvent être appris que dans certains contextes et qui dépendent du territoire. Cette perte - ou ce sentiment de perte - est autant concrète que symbolique et il a des conséquences psychiques importantes dont les intervenantes ont semblé très conscientes (Chandler et Lalonde 1998 ; 2008).

Les changements imposés au territoire et à ces peuples peuvent engendrer une souffrance issue d'une ambivalence entre deux modes de vie. Plusieurs patients d'Alexis lui ont manifesté cette ambivalence :

Je crois qu'il y a quelque chose, un enlèvement, qui fait que les jeunes souffrent beaucoup et les jeunes adultes aussi... Qu'ils ne trouvent pas leur place, je pense à un M. Cri, qui est bien placé, un homme d'affaires, bien placé dans sa communauté qui me dit " tu sais, moi la semaine, bon je suis à mon bureau" je ne me souviens pas ce qu'il faisait comme affaires... "je suis à l'ordi, je gère ma *buiseness* et tout ça, la fin d'semaine je vais à la chasse la pêche, je mange la nourriture... notre nourriture" Et dans l'fond " Mais qui je suis ?" C'est un homme qui est de... 40 ans et plus... Et il me dit "Je suis dans les deux mondes !" (Alexis, psychologue).

Étant la source de plusieurs souffrances et trouble, le territoire peut également être mobilisé comme symbole et contribuant ou recréant un sentiment de continuité culturelle. Plusieurs efforts de guérison en ce sens existent déjà. Dans mes données, Jade, psychiatre, prescrit des congés sur le territoire plutôt qu'une médication. Alix et Charlie me parlaient des *bush settings* où les patients se transformeraient. Elles se sont aussi référées à différentes thérapies basées sur le territoire (*Land based therapy*), des approches en résurgence dans plusieurs communautés, où la nature se distingue comme un espace culturellement plus approprié pour aborder des troubles et des souffrances.

Dans ce mémoire, je me suis appliqué à démontrer les fondements politiques et systémiques de la santé mentale grâce aux perspectives concrètes des soignantes, ce que plusieurs auteurs ont proposé. C'est aussi cette expérience bien singulière de la colonisation qui distingue la pratique des psytinérantes dans le Nord-autochtone de celles des ethnopsychiatres pratiquant dans d'autres contextes issus d'autres diversités. Cette particularité du soin dans le contexte colonial explique bien le potentiel de guérison porté par une approche holistique, pour

répondre à des problématiques systémiques et holistiques. Le fait de retourner sur le territoire se présente ici comme un moteur à la réappropriation symbolique d'un agir sur soi. Devereux et la psychanalyse rappelaient que c'est la perte du sentiment d'unité du soi qui sont à la source ultime de toutes les souffrances psychiques.

Les manières d'appréhender les troubles en territoire divergeront certainement de l'approche psychopsychiatrique et le soin prendrait alors la forme d'actions, d'activités et d'apprentissages. Ce constat pourrait éclairer les dilemmes vécus par plusieurs participantes qui ont reconnu l'inadéquation et le caractère eurocentré de leurs outils, qui mobilise exclusivement la parole comme principal moyen d'action.

6.4.4 Le corps et la parole

En parlant de son attitude mitigée envers la psychanalyse, le Dr Sterlin disait que « les réponses, les "construits" qu'elle a inspirés sont presque invariablement des produits anthropocentriques, potentiellement "violents" et destructeurs pour les cultures cosmocentriques ». Son analyse bioénergétique est principalement inspirée du psychologue Alexander Lowen, depuis les travaux du psychanalyste Wilhelm Reich. Elle propose de concevoir « le mouvement du corps comme expression de l'être dans la mesure où la psychanalyse ne s'intéressait qu'à l'interprétation du message individuel verbalement formulé, son influence prépondérante conduisait à une pratique tronquée, notamment à la mise entre parenthèse de la cassure et de la dimension collective du message individuel » (Sterlin 1973). Peut-être que ces dernières remarques s'appliqueraient dans certains contextes autochtones.

6.5 Conclusion de chapitre

Les intervenantes doivent entreprendre un processus constant de décentrement et questionner leur éthique, leur déontologie et certains de leurs postulats disciplinaires. Elles doivent évaluer particulièrement les heurts potentiels que leur pratique porte en elle-même, en réanimant des souffrances traumatiques passées et refoulées, entre autres exemples. L'approche partenariale représente une première réponse possible face aux écueils qui guettent les intervenantes. Elle consiste à former des travailleurs-ses locaux à encadrer et accompagner les intervenantes, sans prendre en charge elles-mêmes les rôles de psychologue ou de psychiatre.

Ainsi, les intervenantes, plus particulièrement les nouvelles, seraient accompagnées dans leur psytinéraire interculturel, tout en conservant les avantages de la formule itinérante des soins, principalement maintien de la confidentialité. Cette solution contribuerait aussi à diminuer les risques d'appropriation lorsqu'il est question d'intégrer des pratiques ou des connaissances traditionnelles dans l'intervention. Si cette intégration est faite en collaboration avec les travailleurs-se locaux-les. Il semble par ailleurs que cette approche partenariale se produit déjà dans certaines communautés, à un degré variable, et davantage avec les thérapeutes que les psychiatres. Or, elle apparaît tout aussi pertinente, voire plus, pour les psychiatres qui séjournent moins longtemps sur le territoire. En surcroît, cette approche favorise la pérennité des formations qui sont données, puisque les gens formés sont originaires de la communauté et y restent. Ils seront beaucoup moins enclins à quitter leur poste, par rapport aux travailleuses itinérantes, toute chose étant égale par ailleurs. Le travail en partenariat pourrait alors constituer une première étape dans le but d'en arriver à une approche véritablement dialogale ou intégrée tout en répondant aux questions de confidentialité et du roulement des employés.

Finalement, tel que postulé par Carlo Sterlin, une nouvelle classification psychiatrique serait à construire, qui adopterait une perspective communautaire. Les efforts d'Eduardo et Bonnie Duran en ce sens sont dignes de mention. Des outils tels que le diagnostic de ACRC et le concept de *Soul Wound* (Duran et Duran 1995 et Duran et al. 1998) portent en eux un caractère holistique et systémique, du fait que la colonisation affecte tous les aspects de la vie, de l'organisation psychique individuelle à l'organisation géopolitique (Fanon 1950), constituant un *fait social total* (Mauss 1923). Les thérapeutes doivent alors aborder ces problématiques par une perspective systémique complémentariste qui engloberait également les différentes dimensions de la souffrance du patient. Enfin, j'ai relevé au moins trois catégories où il pourrait y avoir collision : L'individualisation de la souffrance ; l'utilisation et la symbolisation différente de l'espace et du temps ; l'importance du corps par rapport à la parole. Plusieurs stratégies évoquées par les participantes ainsi que la réflexion entamée dans ce mémoire pourraient contribuer à la construction d'une formation visant à prévenir l'importation d'éléments inadaptés du travail d'intervention psy. « Mais tout cela n'est possible que dans un contexte où les rapports idéologiques et politiques de pouvoir sont démasqués et neutralisés... » rappelle Carlo Sterlin. Ainsi, un travail intérieur aux intervenantes est nécessaire.

Conclusion

L'autre n'est pas un vide à remplir, mais une plénitude à découvrir.
- C. Sterlin

Dans ce mémoire, j'ai opté pour une position théorique visant à favoriser un rapprochement entre les approches issues des traditions linguistiques anglo-saxonne et francophone, c'est-à-dire entre la psychiatrie transculturelle et l'ethnopsychiatrie. J'ai ensuite questionné ces perspectives en les mettant en relation à l'expérience des intervenantes psychologues, psychiatres et psychothérapeutes qui travaillent dans les communautés autochtones nordiques. Les *psytinéraires* des intervenantes ont mis en scène ce « double voyage » dont parle François Laplantine, à l'intérieur et à l'extérieur (1988 : 66). Car les intervenantes, bien qu'elles ne fussent pas formées préalablement à cette pratique dans le Nord-autochtone, sont influencées par leur contexte de travail. J'ai donc tenté de décrire et d'analyser cette prise de conscience du caractère culturel de leurs propres savoirs suite à l'expérience, d'une part, de la centration et de la décentration et, d'autre part, d'un *rétrochoc* culturel. Ce mémoire a cherché à situer le locus de la frontière à ne pas transgresser par les intervenantes, notamment sur le plan de l'interprétation. Cela leur permet d'éviter de commettre des bévues aux graves conséquences. Sans avoir complètement réussi, je considère avoir identifié une méthode d'analyse et des pistes de réflexion qui permettraient aux cliniciens-nes de s'attabler à la tâche. Cette approche m'a permis de mettre en lumière les éléments de la pratique de ces intervenantes qui comportent des ressemblances avec le dispositif ethnopsychiatrique. Aussi, en documentant les particularités et les transformations du travail des répondantes, j'ai tenté l'exercice théorique de rapprocher ces données de certaines approches alternatives du soin psychique. Rappelons aussi que, bien que je me sois intéressé à la rencontre en santé mentale en contextes autochtones, nombre de réflexions et d'hypothèses issues du mémoire apparaissent tout aussi pertinentes dans les soins de santé mentale en général.

L'élément central qui fut abordé est la structure FIFO du travail de ces intervenantes. L'intérêt à l'origine de la rédaction de ce mémoire fut suscité par l'originalité de cette dynamique de travail et par sa ressemblance avec des éléments critiqués des soins de santé mentale mondialisés. Mes données ont pourtant dressé un portrait mitigé des bénéfices et des

inconvenients de cette structure. En effet, des éléments du contexte justifient le FIFO, alors que ce mécanisme engendre à la fois de nouveaux défis. Ces éléments sont schématisés dans le tableau suivant :

Tableau 5- Avantages et désavantage de l'organisation fly-in fly-out

Organisation du travail	Avantages	Désavantages ou défis
Intervenante établie en permanence dans la communauté	<p>Meilleure connaissance du système, des références et des ressources locales complémentaires ;</p> <p>Plus grande disponibilité et offre de services ;</p> <p>Diminution des risques d'erreurs diagnostiques et de confusion</p>	<p>Surimplication dans certaines relations et diminution de la neutralité ;</p> <p>Peur du bris de confidentialité et méfiance de la part des patients ;</p> <p>Conflits déontologiques et éthiques plus saillants (par rapport au FIFO) ;</p>
Organisation du travail FIFO	<p>Confidentialité, voire anonymat ;</p> <p>Impartialité dans les conflits / intervenantes « hors système » ;</p> <p>Espace de décentrement lors des périodes « hors communauté ».</p>	<p>Plus longue période pour construire la relation de confiance ;</p> <p>Alternance de l'offre de services / plus faible accessibilité ;</p> <p>Moins grande connaissance des références locales et du contexte : plus haut risque de surinterprétation ou de confusions ;</p> <p>Plus faible présence d'intervenantes psy sur le territoire, c.-à-d. moins de services ;</p> <p>Coûts élevés de déplacements.</p>

L'applicabilité de cette étude s'exprime de deux manières. Étant fondamentalement exploratoire et inductive, l'analyse qualitative m'a mené à une série de constats. Ceux-ci pourront donc être corroborées par des études ultérieures ou par l'expérience personnelle d'intervenantes psy qui seraient intéressées par cette étude. Ces six différents constats concernent : 1) le traitement en groupe ou en individuel ; 2) l'écart ou le décalage à combler entre patient et soignant ; 3) la continuité du service malgré l'absence de la psytinérante ; 4) la rétroaction transculturelle (suite à un choc puis un rétro-choc) ; 5) les limites plus grandes à l'intervention psy ; 6) l'espace-temps thérapeutique.

La section *éthique, épistémologique et méthodologique* (chapitre deux) a trouvé écho tout au long du mémoire, alors qu'un rapprochement est apparu évident entre les critiques décoloniales de la recherche en milieux *minorisés ou subalternisés* et le travail d'intervention psy dans ces mêmes milieux. En effet, plusieurs écueils notamment d'appropriation, d'injustices épistémiques et de néocolonisation sont analogues à ces deux contextes. Il apparaît donc important de prendre conscience du caractère inachevé de la décolonisation. De plus, les effets prégnants de l'histoire coloniale expliquent certainement pourquoi l'accès aux services de santé mentale, s'ils ne sont pas modifiés pour correspondre aux spécificités de ces peuples, ne se traduira pas en une réduction de l'occurrence de ces troubles. En d'autres termes, l'accessibilité au service dans sa conception stricte du terme est insuffisante. Sur ce point, l'anthropologue Carole Lévesque, dans un témoignage à la commission Viens en octobre 2017, affirme :

On ne saurait réduire la sécurisation culturelle à une question d'accessibilité aux services de santé ou aux services en éducation offerts aux autochtones. Non pas que la question de l'accessibilité aux services publics, notamment en matière de santé, ne soit pas de première importance, toutefois, si on souhaite une transformation des relations entre Autochtones et Québécois de manière générale, il sera nécessaire d'agir bien en amont de la prestation de services.

Il faudra changer les protocoles de soins, concevoir des politiques et des programmes qui prennent en compte les réalités et conditions d'existence des Autochtones, il faudra revoir les pratiques à la lumière des expériences et savoirs détenus par les Autochtones eux-mêmes, qu'ils vivent dans les communautés territoriales ou à l'intérieur des villes, il faudra mieux circonscrire nos modes d'interaction à toutes les échelles de décisions, il faudra redéfinir les paramètres de l'attribution des financements. En d'autres mots, il faut s'extraire des cadres existants pour laisser place à l'innovation sociale, communautaire et culturelle et créer les conditions de déploiement de ce potentiel de changement qu'est la sécurisation culturelle.

Cet extrait relève d'un appel à une décolonisation profonde des relations entre les Autochtones et la société dominante qui aura des effets sur la santé de ceux-ci et sur la qualité des services qui leur seront offerts. On comprend maintenant que l'idée même d'adaptation peut être problématique et comporte un double tranchant. Si cette idée est généralement issue d'une bonne intention, on peut y objecter qu'elle conserve l'univers et l'expérience occidentale comme point de départ. Ainsi, tout comme cela fut critiqué à une certaine forme de psychiatrie transculturelle, elle court les dangers d'offrir des modifications cosmétiques au soin qui ne questionneraient pas réellement les fondements des services et qui maintiendraient une idéologie coloniale.

Deux dernières mises en garde s'imposent avant de terminer. D'une part, en m'intéressant à la pratique des intervenantes et son adaptation, cette étude court le risque de donner l'impression qu'il incombe aux individus d'appliquer dans leur travail les principes d'une pratique décolonisée et culturellement sécurisante. Or, il importe de rappeler qu'il s'agit d'enjeux structurels, politiques et institutionnels dont seulement certains symptômes se manifestent au moment de la rencontre thérapeutique en face à face. Ainsi, si une réelle décolonisation s'effectuait, cette étude perdrait heureusement en pertinence. Elle n'aura alors plus que le mérite d'élargir les considérations ethnopsychiatriques sur le soutien psychique, sur les effets thérapeutiques et sur les dispositifs. D'autre part, cette étude n'est pas à l'abri des risques d'*altérisation* notamment dans les perspectives critiques de Sylvie Vincent et de James B. Waldram. Il faut donc, entre autres, se garder de présenter les patients autochtones et les cliniciens allochtones comme deux blocs homogènes en opposition : le premier passif et dominé ; et l'autre colonisateur et oppresseur (Kirmayer 1994 ; Waldram 2004 ; Browne et al. 2005). N'oublions pas la grande variabilité des croyances et des attitudes au sein de chaque groupe. Selon Laplantine : « les variations de la morbidité ne sont pas seulement interculturelles, mais interindividuelles » (1988 :67). J'ai donc tenté tout au long du texte de rappeler les tensions et divergences internes aux groupes dont on m'a témoigné pour ne pas réduire leur agentivité.

Deux méthodes auraient rendu plus rigoureuse cette recherche. D'une part, une étude ultérieure pourrait interroger les usagers autochtones des services et les suivre dans leur trajectoire de soin et dans leur cheminement de guérison. S'intéresser à leur vécu et à leur perception des services offrirait une perspective complémentaire et broserait un portrait beaucoup plus exhaustif. Aussi, percevoir comment ceux-ci mobilisent les ressources et se les

réapproprié serait intéressant, tel que les données colligées dans ce mémoire l'ont suggéré. D'autre part, cette recherche aurait eu beaucoup plus de profondeur s'il avait été possible d'assister ou d'accompagner des intervenantes. Cela m'aurait donné davantage de vignettes cliniques et d'études de cas. Ma recherche s'est intéressée à un sujet complexe et multifactoriel en optant pour des perspectives variées qui m'ont semblé être complémentaires. L'ethnopsychiatrie transmet une idéologie de la rencontre qui est fertile, mais incomplète pour répondre aux défis posés par l'héritage colonial des peuples Autochtones d'Amérique et aux défis reliés à la situation sociodémographique et géographique de certains d'entre eux.

Je profiterai de cette conclusion pour exprimer deux vœux pour des orientations futures recherches qui approfondiraient ce mémoire. Premièrement, une attention plus particulière devrait être accordée aux rêves, dans une perspective large, sur leur mobilisation en thérapie, le rôle social qu'ils prennent dans les groupes concernés. Selon Petchkovsky et al. (2003) la conception des rêves de Carl Gustav Jung et sa définition de l'intersubjectivité et d'un inconscient collectif présenteraient un fort potentiel dans certains milieux autochtones. J'ai aussi pu constater qu'une quantité d'auteurs qui abordent des questions de santé mentale en milieux autochtones tels que Duran et Duran se réclament de l'école de Jung. Mon deuxième souhait concerne le fort intérêt pour des pratiques réellement métissées du soin en santé mentale. Certaines initiatives ont déjà tenté l'expérience de traitements sur le territoire, dans des lieux qui ont des symboliques particulières pour les usagers et qui favorisent du fait même la transmission intergénérationnelle des savoirs culturels et des approches de guérison (St-Arnaud et Bélanger 2005). Mes données ont effectivement mis en lumière le potentiel du partenariat et des approches communautaires du soin. Il serait alors intéressant d'initier des travaux en vue de développer des stratégies réellement partenariales et une intégration des aînés et des guérisseurs dans les cliniques.

Bibliographie

Adams, G. E., Dobles, I., Gómez, L. H., Kurtiş, T., & Molina, L. E. (2015). *Decolonizing Psychological Science: Introduction to the Special Thematic Section*.

Alcoff, L. (1991). *The problem of speaking for others*. *Cultural critique*, (20) : 5-32.

Anderson, I. (2002). *Understanding indigenous violence*. *Australian and New Zealand journal of public health*, 26(5), 408-409.

Annoual, P. C., Bibeau, G., Marshall, C. et Sterlin, C. (2007). *Vers un nouveau modèle de services pour les Canadiens d'origine afro-descendantes : Esclavage, colonisation, racisme, identité et santé mentale*. Toronto, CAMH. Accessible en ligne : Centre de toxicomanie et de santé.

Arpin, Serge. (2006). *L'ethnopsychiatrie au Québec: un enfant migrant exposé*. *Santé mentale au Québec* 31.2227-43.

Aulagnier, P. (1981). *La violence de l'interprétation: du pictogramme à l'énoncé*. Presses universitaires de France.

Bateson, G. (1977). *Une théorie du jeu et du fantasme*. *Vers une écologie de l'esprit*, 1, 209-224.

Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit* (Vol. 1, No. 2). Paris: Seuil.

Bateson, G. (1978). *The birth of a matrix or double bind and epistemology*. *Beyond the double bind*, 39-64.

Bateson, G., Winkin, Y., Bansard, D., Cardoen, A., & Birdwhistell, R. (1981). *La nouvelle communication*. Ed. du Seuil.

Barth, F. (1995). *Les groupes ethniques et leurs frontières*, dans Poutignat, P. et J. Streiff-Fenart, *Théories de l'ethnicité*, Paris, PUF, pp. 203-249

Berkhofer, R. F. (1978). *The white man's Indian*.

Bibeau, G., & Corin, E. (1995). *Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale*. Dans la construction de l'anthropologie québécoise,

Eloges offerts à Marc-Adélar Tremblay. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval, 105-148.

Boidin, C., & Hurtado López, F. (2009). *La philosophie de la libération et le courant décolonial*. Institut des hautes études de l'Amérique latine. No. 62 : 17-22.

Bousquet, M. P. (2005). *La production d'un réseau de sur-parenté: histoire de l'alcool et désintoxication chez les Algonquins*. Drogues, santé et société, 4(1), 129-173.

Bousquet, Marie-Pierre. (2012). *De la pensée holistique à l'Indian Time : dix stéréotypes à éviter sur les Amérindiens*, Nouvelles pratiques sociales, vol.24 (2) : 204-226.

Bousquet, M.P. et Crépeau, R. (2012). *Dynamiques religieuses des autochtones des Amériques*. Religious Dynamics of Indigenous People of the Americas. KARTHALA Editions.

Brave Heart, M. Y. H. (1998). *The return to the sacred path: Healing the historical trauma and historical unresolved grief response among the Lakota through a psychoeducational group intervention*. Smith College Studies in Social Work, 68(3) : 287-305.

Browne, A. J., Smye, V. L., & Varcoe, C. (2005). *The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in Aboriginal health*. CJNR (Canadian Journal of Nursing Research), 37(4), 16-37.

Canada. (2010). *La convention de la Baie James et du nord québécois et la convention du nord-est Québécois*. Repéré à :

<https://www.rcaanccirnac.gc.ca/fra/1100100030830/1542984701672?wbdisable=true>

Canada, Statistique. (2013) Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Repéré à :

http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015

Canada, (2014). *Questions d'actualité en santé mentale au Canada – La santé des communautés de premières nations et des communautés Inuit*. Rédigé par Kielland, A. et Simeone, T.. Bibliothèque du parlement, publication n°2014-02-F. Le 6 janvier 2014.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*.

Capitaine, B. (2017). *Sortir de la violence: La Commission de vérité et de réconciliation du Canada sur les pensionnats indiens*. Canadian Journal of Law & Society/La Revue Canadienne Droit et Société, 32(3), 349-369.

Chachamovich, E., & Tomlinson, M. (2013). *Nunavut Suicide Follow-Back Study: Identifying the Risk Factors for Inuit Suicide in Nunavut*. Montréal, Québec : Douglas Mental Health University Institute.

Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). *Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations*. Transcultural psychiatry, 35(2):191-219.

Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2004). *Transferring whose knowledge? Exchanging whose best practices?* On knowing about Indigenous knowledge and Aboriginal suicide.

Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2008). *Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations*. Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada, 221-248.

Chebili, S. (2014). *La crise d'adolescence comme un modèle d'inconduite*. L'information psychiatrique, 90(1), 29-34.

Chemouni, J. (2007). *Vie et œuvre de Georges Devereux Brève chronologie*. Le Coq-héron, (3), 11-13.

Leyland A., Smylie, J., Cole, M., Kitty D., Crowshoe, L., McKinney V., Green M., Funnell S., Brascoupé S., Dallaire J., Safarov, A. (2016). *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts*. Document d'information pour le Collège des médecins de famille du Canada.

Cohen-Émerique, M. (2004). *Positionnement et compétences spécifiques des médiateurs*. Hommes & Migrations, 1249(1249), 36-52.

Corin, E. (1993). *Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie*. Anthropol Soc, 17.

Corin, Ellen. (2010). *L'autre en abîme*. Anthropologie et sociétés 34.3 : 69-90.

Cotton, Marie-Ève. (2008). *Maîtres chez nous ? Racisme envers les peuples autochtones au Québec et au Canada*. L'Autre, 9(3) : 361-371.

Cotton, M. E., Nadeau, L., & Kirmayer, L. J. (2014). *Consultation to remote and Indigenous communities*. In Cultural Consultation (pp. 223-244). Springer, New York, NY.

Cuche, D. (1996). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Lectures, Les rééditions.

Cuche, D. (2008). *Roger Bastide, le « fait individuel » et l'école de Chicago*. Cahiers internationaux de sociologie, (1), 41-59.

Czyzewski, K. (2011). *Colonialism as a broader social determinant of health*. The International Indigenous. Policy Journal, 2(1), 5.

DelVecchio Good, M. J., & Hannah, S. D. (2015). *“Shattering culture”: perspectives on cultural competence and evidence-based practice in mental health services*. Transcultural psychiatry, 52(2), 198-221.

Demart, S. (2016). *Au-delà de la controverse française: la critique postcoloniale dans le champ de la sociologie*. SociologieS.

De Plaen, Sylvaine. (2006). *Histoire d'un métissage thérapeutique : l'articulation des concepts psychodynamiques et culturels dans le cadre d'une pratique psychiatrique en consultation obstétricale*. Filigrane : Écoutes psychothérapiques 15.1 (1): 26-37.

De Plaen, Sylvaine. (2010). *Le voyage de la langue dans l'espace clinique : Vers une psychiatrie culturellement sensible*. Anthropologie et Sociétés, 34(3) : 137-146.

Desaulniers Turgeon, S. (2011). *Entre politique et thérapeutique : usages du rituel de la tente à sudation dans le cadre de la revitalisation culturelle amérindienne au Québec*.

Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale* [Essays of general ethnopsychiatry]. Paris : Gallimard.

Devereux, G., Jolas, T., & Gobard, H. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste* (p. 163). Paris : Flammarion.

- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion, 1967.
- Devereux, G. et Loeb, E.M. (avril 1943). *Antagonistic Acculturation*. American Sociological Review, Vol. 8, No. 2, pp. 133-147.
- Duclos, V. (2013). *Vers une commune humanité ? Perspectives croisées sur l'émergence de la cybersanté mondiale*. Face à face : Regards sur la santé, (12).
- Dudgeon, P., & Walker, R. (2015). *Decolonising Australian psychology: Discourses, strategies, and practice*. Journal of Social and Political Psychology, 3(1), 276-297.
- Duhaime, G., Lévesque, S., & Caron, A. (2015). *Le Nunavik en chiffres en 2015—version intégrale*. Rapport de recherche, Chaire de recherche sur la condition autochtone comparée, Université Laval.
- Duran, Eduardo, and Bonnie Duran. (1995). *Native American postcolonial psychology*. SUNY Press.
- Duran, E., & Duran, B. Maria Yellow Horse Braveheart, & Susan Yellow Horse-Davis. (1998). *Healing the American Indian soul wound*. The International handbook of multigenerational legacies of trauma, 341-354.
- Eisenstadt, S. N. (2004). *La modernité multiple comme défi à la sociologie*. Revue du MAUSS (2) : 189-204
- Emongo, L., & White, B. W. (2014). *L'interculturel au Québec. Rencontres historiques et enjeux politiques*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Fanon, F. (2015). *Peau noire, masques blancs*. Le Seuil.
- Fanon, F. (2002). *Les Damnés de la terre* (1961). Paris : La Découverte.
- Fassin, Didier. (1999). *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*. In: Genèses, l'Europe vue d'ailleurs, 35 : 146-171.
- Fassin, Didier. (2000). *Les politiques de l'ethnopsychiatrie*, L'Homme, 153 : 231-250.

- Ferrara, N. (1999). *Emotional expression among Cree Indians : The role of pictorial representations in the assessment of psychological mindedness*. Readers Digest.
- Frank, Jerome; Frank, Julia B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- Freud, Sigmund, (1961). *Introduction à la psychanalyse*. Paris, PUF.
- Gélinas, C. (2013). *Pluralisme religieux et radicalisme en milieu autochtone au Canada*. Histoire, monde et cultures religieuses, (3), 43-59.
- Ghil, M. (2007). *Georges Devereux, de la physique quantique à l'ethnopsychiatrie complémentariste*. Le coq-héron, (3), 55-64.
- Gone, Joseph P. (2009). *Encountering professional psychology: Re-envisioning mental health services for Native North America*. In Healing Traditions: The mental health of Aboriginal peoples. Vancouver: University of British Columbia.
- Good, M. J. D., Willen, S. S., Hannah, S. D., Vickery, K., & Park, L. T. (Eds.). (2011). *Shattering culture: American medicine responds to cultural diversity*. Russell Sage Foundation.
- Gone, J. P. (2011). *Is psychological science a-cultural ?*. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 17(3), 234.
- Gone, Joseph P., and Patrick E. Calf Looking. (2011). *American Indian culture as substance abuse treatment: Pursuing evidence for a local intervention*. Journal of Psychoactive Drugs 43.4 :291-296.
- Govindama, Y. (2006). *Prémises d'un débat en cours : ethnopsychiatrie ou ethnopsychanalyse?* Santé mentale au Québec, 31(2), 29.
- Gracey, M., & King, M. (2009). *Indigenous health part 1: determinants and disease patterns*. The Lancet, 374(9683), 65-75.
- Grammond, S. (2010). *L'identité autochtone saisie par le droit*. Manuscrit.
- Gratton, D. (2009). *L'interculturel pour tous. Une initiation à la communication pour le troisième millénaire*. Anjou : Éditions Saint-Martin.

Gratton, D. (2013). *Préoccupations et attentes en réadaptation physique dans des contextes pluralistes : vers un cadre théorique interculturel*. Thèse de doctorat, Bibliothèque de l'Université de Montréal.

Haraway, D. (1988). *Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective*. *Feminist studies*, 14(3) : 575-599.

Hicks, J., & Bjerregaard, P. (2006). *The Transition from the Historical Inuit Suicide Pattern to the Present Inuit Suicide Pattern*. Accessed online on Nov. 13, 2006.

Hong Trang Dao, T. (1986). *Tribune libre : Cartes sur table avec Carlo Sterlin*. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 66-74.

Hoskins, M. L. (1999, April). *Worlds apart and lives together: Developing cultural attunement*. In *Child and Youth Care Forum* (Vol. 28, No. 2, pp. 73-85). Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers.

Inuit Tapiriit Kanatami. (2014). *Social determinants of Inuit health in Canada*.

Jadhav, S. (2004). *How 'culture bound' is 'cultural psychiatry'?*. *International Psychiatry*, 1(4), 6-7.

Juteau, D. (2015). *L'ethnicité et ses frontières*. Deuxième édition revue et mise à jour. Les Presses de l'Université de Montréal.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). *Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. *Annals of internal medicine*, 88(2), 251-258.

Kleinman, A., & Benson, P. (2006). *Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it*. *PLoS medicine*, 3(10), e294.

King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). *Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap*. *The Lancet*, 374(9683), 76-85.

Kirmayer, L., Corin, E., Corriveau, A., & Fletcher, C. (1993). *Culture et maladie mentale chez les Inuit du Nunavik*. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 53-70.

Kirmayer, L. J. (1994). *Suicide among Canadian aboriginal peoples*. Transcultural Psychiatric Research Review, 31(1), 3-58.

Kirmayer, L. J., Hayton, B., Malus, M., Jimenez, V., Dufour, R., Quesney, C., ... & Ferrara, N. (1994). *Suicide in Canadian aboriginal populations: emerging trends in research and intervention*. Montreal, QC: Culture & Mental Health Research Unit.

Kirmayer, L. J., Fletcher, C. M., & Boothroyd, L. J. (1997). *Inuit attitudes toward deviant behavior: a vignette study*. The Journal of nervous and mental disease, 185(2), 78-86.

Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). *The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community*. The Canadian Journal of Psychiatry, 45(7), 607-616.

Kirmayer, L., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). *Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples*. Australasian Psychiatry, 11(sup1), S15-S23.

Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C., & Jarvis, E. (2003). *Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies*. The Canadian Journal of Psychiatry, 48(3), 145-153.

Kirmayer, L. J. (2007). *Psychotherapy and the cultural concept of the person*. Transcultural psychiatry, 44(2), 232-257.

Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Barad, M. (Eds.). (2007). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge University Press.

Kirmayer, L. J., & Valaskakis, G. G. (Eds.). (2009). *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*. UBC press.

Kirmayer, L. J. (2012). *Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism*. Social science & medicine, 75(2), 249-256.

Kirmayer, L. J., Guzder, J., & Rousseau, C. (Eds.). (2013). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. Springer Science & Business Media.

Kirmayer, L. J., Gone, J. P., & Moses, J. (2014). *Rethinking historical trauma*. Transcultural Psychiatry, Vol. 51(3) 299–319

Kluckhohn, C. E., Murray, H. A., & Schneider, D. M. (1953). *Personality in nature, society, and culture*.

Kral, M. J., Idlout, L., Minore, J. B., Dyck, R. J., & Kirmayer, L. J. (2011). *Unikkaartuit: meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada*. American journal of community psychology, 48(3-4), 426-438.

Ladner K. et Orsini, Michael. (2004). *De l' 'infériorité négociée' à l' 'inutilité de négocier' : la Loi sur la gouvernance des Premières Nations et le maintien de la politique coloniale*. Politique et Sociétés 23 (1) : 59-87.

Laplanche, J., Pontalis, J. B., & Lagache, D. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*.

Laplantine, F. (1973). *L'ethnopsychiatrie* (Vol. 19). Éditions universitaires.

Laplantine, F. (2007). *Ethnopsychiatrie psychanalytique*. Éditions Beauchesne.

Leanza, Y. (2006). *L'interprète médiateur communautaire : Entre ambiguïté et polyvalence*. L'Autre, 7(1), 109-123.

Leininger, M. M. (1988). *Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality*. Nursing science quarterly, 1(4), 152-160.

Leininger, M. (2002). *Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices*. Journal of transcultural nursing, 13(3), 189-192.

Leroux, J. (1995). *Les métamorphoses du pacte dans une communauté algonquienne*. Recherches amérindiennes au Québec, 25(1), 51-69.

Leslie, J. (2002). *La Loi sur les Indiens : perspective historique*. Revue parlementaire Canadienne (été), 25, 23-7.

Lessard, L. (2015). *Troubles mentaux courants et soins de santé en région isolée: évaluation des soins offerts dans les services de santé de première ligne aux personnes avec un trouble dépressif ou anxieux au Nunavik*. Thèse de doctorat.

- Lévi-Strauss, C. (1949). *L'efficacité symbolique*. Revue de l'Histoire des Religions, 5-27.
- Lock, M., & Nichter, M. (Eds.). (2003). *New horizons in medical anthropology: essays in honour of Charles Leslie*. Routledge.
- Lowen, A. (1989). *What is bioenergetic analysis*. Current psychotherapies, 572-583.
- Lumsden, D. P. (2006). *Johns Hopkins legionary: Leighton's lineage and legacy*. Transcultural psychiatry, 43(1), 21-44.
- Masmoudi, S. (2010). *Enquête des Nations unies sur la question des disparitions et des meurtres de femmes et de filles autochtones au Canada*. Recherches amérindiennes au Québec, 40 (3), 100–103.
- Mauss, M. (1923). *Essai sur le don forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925), 1 : 30-186.
- Mayneri, Andrea Ceriana, (2014). *Sorcellerie et violence épistémologique en Centrafrique*. L'Homme, 211 :75-95.
- Menzies, P. (2008). *Developing an Aboriginal healing model for intergenerational trauma*. International. Journal of Health Promotion and Education, 46(2), 41-48.
- Menzies, P. (2010). *Intergenerational trauma from a mental health perspective*.
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). *Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality*. Social Science & Medicine, 103, 126-133.
- Moodley, R., & West, W. (Eds.). (2005). *Integrating traditional healing practices into counseling and psychotherapy* (Vol. 22). Sage.
- Moro, M. R. (2006). *Narrativité et traumatisme*. Le Carnet PSY, (8), 47-51.
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Odile Jacob
- Nathan, T. (2001). *La folie des autres*. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Dunod.
- Nathan, T. (2000). *Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie*. Genèses, (1), 136-159.

- Nathan, T. (2003). *L'ethnopsychiatrie, une psychothérapie de la modernité*. Psychiatrie, psychanalyse, culture. SPHMD, Dakar, 35-50.
- Noël, D. (2006). *Pour une réponse transculturelle en matière de santé mentale autochtone*. Santé mentale au Québec, 31(2), 153-164.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2017) *Données de l'Observatoire de la santé mondiale*. Repéré à : <https://www.who.int/gho/fr/>.
- Ortiz, F. (2011). *Controverse cubaine entre le tabac et le sucre*. Mémoire d'encrier.
- Oulanova, O., & Moodley, R. (2010). *Navigating two worlds: Experiences of counsellors who integrate Aboriginal traditional healing practices*. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie, 44(4).
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). *Cultural safety in nursing: The New Zealand experience*. International Journal for Quality in Health Care, 8(5), 491-497.
- Patel, V. (2012). *Global mental health: from science to action*. Harvard Review of Psychiatry, 20(1), 6-12.
- Petchkovsky, L., Roque, C. S., & Beskow, M. (2003). *Jung and the dreaming: Analytical psychology's encounters with Aboriginal culture*. Transcultural psychiatry, 40(2), 208-238.
- Pettman, J. (1992). *Gendered knowledges : Aboriginal women and the politics of feminism*. Journal of Australian Studies, 16(35), 120-131.
- Pronovost, A. (2009). *Réparer le cercle : la responsabilisation de l'Autochtone alcoolique*. Criminologie, 42(2), 31-51.
- Québec. 2019. *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics*. Consulté le 14 octobre 2019. <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=56> .
- Raphaël, F. (2010). *L'ethnopsychiatrie haïtienne et ses particularités*. Revue haïtienne de santé mentale.
- Razanajao, C., & Postel, J. (2007). *La vie et l'œuvre psychiatrique de Frantz Fanon*. Sud/Nord, (1), 147-174.

- Redfield, R., Linton, R., et Herskovits, M. J. (1936). *Memorandum for the Study of Acculturation*. American Anthropologist, Vol. 38, pp. 149-52.
- Rouchon, J. F., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2009). *L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique*. L'Autre, 10(1) : 80-89.
- Roy, B. (1999). *Le diabète chez les autochtones : Regard sur la situation à Betsiamites, Natashquan et La Romaine*. Recherches amérindiennes au Québec, 24(3), 3-18.
- Roy, B. (2005). *Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers*. Drogues, santé et société, 4(1), 85-128.
- Roy, B., & Michaud, A. M. (2011). *Réflexion critique sur la santé des autochtones*. Les Cahiers du CIÉRA, 59.
- Roy, B., Labarthe, J., & Petitpas, J. (2013). *Transformations de l'acte alimentaire chez les Innus et rapports identitaires*. Anthropologie et Sociétés, 37(2), 233-250.
- Salée, D. (2005). *Peuples autochtones, racisme et pouvoir d'État en contextes canadien et québécois : Éléments pour une ré-analyse*. Nouvelles pratiques sociales, 17(2), 54-74.
- Saint-Arnaud, P., et Bélanger, P. (2005). *Co-crédation d'un espace-temps de guérison en territoire ancestral par et pour les membres d'une communauté autochtone au Québec : appréciation clinique d'une approche émergente et culturellement adaptée*. Drogues, santé et société, 4(2), 141-176.
- Santiago-Irizarry, V. (1996). *Culture as cure*. Cultural Anthropology, 11(1), 3-24.
- Santiago-Irizarry, V. (2001). *Medicalizing ethnicity: the construction of Latino identity in a psychiatric setting*. Cornell University Press.
- Savin, D., & Martinez, R. (2006). *Cross-cultural boundary dilemmas: a graded-risk assessment approach*. Transcultural psychiatry, 43(2), 243-258.
- Segura, J. (2003). *Espace thérapeutique à la maison. Développement d'un dispositif pour effectuer des thérapies familiales à domicile*. Santé mentale au Québec, 28(1), 95-110.

- Smith, L. T. (2012). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples*. Zed Books Ltd..
- Snowball, L. et Weatherburn, D. (2008). *Theories of Indigenous violence: A preliminary empirical assessment*. Australian & New Zealand journal of criminology, 41(2), 216-235.
- Spivak, Gayatri Chakravorty. (1988). *Can the subaltern speak?* in Reflections on the history of an idea: 21-78.
- Sterlin, C. (1976). *Bases théoriques de la psychiatrie communautaire*. L'Évolution psychiatrique, 41, 105-122.
- Sterlin, C. (1977). *Les contestations contemporaines de la psychiatrie : de l'antipsychiatrie à la néo-psychiatrie*. Philosophiques, 4(2), 251-260.
- Sterlin, C., & Dutheil, F. (2000). *La pratique en contexte interculturel*. Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire, 6(1), 141-153.
- Sterlin, C. (2006a). *L'ethnopsychiatrie au Québec: bilan et perspectives d'un témoin acteur clé*. Santé mentale au Québec. 31(2), 179-192.
- Sterlin, C. (2006b). *Pour une approche interculturelle du concept de santé*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 11(1) :112-121.
- Stevenson, Lisa. (2014). *Life beside it's self: imagining care in the Canadian Arctic*. Berkeley: University of California Press.
- Stewart, S. L. (2008). *Promoting Indigenous mental health: Cultural perspectives on healing from Native counsellors in Canada*. International Journal of Health Promotion and Education, 46(2), 49-56.
- Sturm, G., Nadig, M., & Moro, M. R. (2011). *Current developments in French ethnopschoanalysis*. Transcultural Psychiatry, 48(3), 205-227.
- Sue, D. W., Carter, R. T., Casas, J. M., Fouad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M., ... & Vazquez-Nuttall, E. (1998). *Multicultural counseling competencies: Individual and organizational development (Vol. 11)*. Sage Publications.

Summerfield, Derek. (May 2008). *How scientifically valid is the knowledge base of global mental health ?*. BMJ | Volume 336.

Summerfield, Derek. 2013. “*Global mental health*” is an oxymoron and medical imperialism. BMJ, 346 : f3509.

Tassinari, L. (1989). *La ville continue. Montréal et l'expérience transculturelle de Vice Versa*. International Review of Community Development/Revue internationale d'action communautaire, (21), 57-62.

Valenzuela-Pérez, A., Rojas-Viger, C., & Sterlin, C. (2003). *Le pacte avec le diable : étiologie et métaphore de violence*. L'Autre, 4(3), 395-409.

Vicary, D., & Westerman, T. (2004). *That's just the way he is': some implications of Aboriginal mental health beliefs*. Australian e-Journal for the advancement of mental health, 3(3), 103-112.

Vincent, S. (1986). *De la nécessité des clôtures. Réflexion libre sur la marginalisation des Amérindiens*. Anthropologie et sociétés, 10(2), 75-83.

Viscogliosi, C., Asselin, H., Basile, S., Borwick, K., Couturier, Y., Drolet, Gagnon, D., Torrie, J., Levasseur, M. (2017). *Participation sociale et solidarités intergénérationnelles : une synthèse des connaissances sur la contribution des aînés autochtones au mieux-être des personnes et des communautés* (Doctoral dissertation, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue).

Wacquant, L. (2002). *Corps et âme : carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*. Agone.

Waldram, J. B. (2004). *Revenge of the Windigo: The construction of the mind and mental health of North American Aboriginal peoples*. University of Toronto Press.

Waldram, J. B. (2013). *Transformative and restorative processes: Revisiting the question of efficacy of Indigenous healing*. Medical Anthropology, 32(3), 191-207.

Waldram, J. B. (2014). *Healing history? Aboriginal healing, historical trauma, and personal responsibility*. Transcultural psychiatry, 51(3), 370-386.

Waldram, J. B. (2000a). *The problem of “culture” and the counseling of Aboriginal peoples*. Report, (10), 145-158.

- Waldram, J. B. (2000b). *The efficacy of traditional medicine: Current theoretical and methodological issues*. Medical Anthropology Quarterly, 14(4), 603-625.
- Weinrach, S. G., & Thomas, K. R. (2004). *The AMCD multicultural counseling competencies: A critically flawed initiative*. Journal of Mental Health Counseling, 26(1), 81-93.
- Weiss, M. (1997). *Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for comparative study of illness*. Transcultural psychiatry, 34(2), 235-263.
- Wendling, T. (2010). *Us et abus de la notion de fait social total*. Revue du MAUSS, (2), 87-99.
- Wendt, D. C., & Gone, J. P. (2012). *Rethinking cultural competence: Insights from indigenous community treatment settings*. Transcultural Psychiatry, 49(2), 206-222.
- Wendt, D. C., Gone, J. P., & Nagata, D. K. (2015). *Potentially harmful therapy and multicultural counseling: Bridging two disciplinary discourses*. The Counseling Psychologist, 43(3), 334-358.
- White, B. (2006). *Présentation : Pour un « lâcher prise » de la culture*. Anthropologie et sociétés, 30(2), 7-25.
- White, B. W. (2011). *Le pouvoir de la collaboration*. en collaboration avec Louise Lachapelle, Célébrer la collaboration. Art communautaire et art activiste humaniste au Québec et ailleurs, Montréal/Calgary, Engrenage Noir/LEVIER, LUX éditeur/Detu saislig Enterprises, : 329-338.
- White, B. W. (2013). *Contre la diversité*. Tic Art Toc, 1, 44-47.
- Willen, S. S., Del, M. J., Good, V., Hannah, S., Vickery, K., & Park, L. (2011). *Pas de Trois: medical interpreters, clinical dilemmas, and the patient-provider-interpreter triad*. Shattering Culture: American Medicine Responds to Cultural Diversity. New York, NY: Russel Sage, 70-93.

Annexes

Annexe 1 – Grille d’entretien semi-dirigé – psychothérapeutes et psychiatres

Questions plus factuelles :

- Parlez-moi de votre parcours personnel, avez-vous toujours occupé ce métier ?
 - Quelle est votre formation ? À quel établissement ?
 - Depuis combien de temps occupez-vous ce métier ? De quelle région êtes-vous originaire ?
 - Avez-vous toujours travaillé en milieu autochtone au aussi ailleurs ?
 - Seulement dans cette réserve ?
- Depuis combien de temps y travaillez-vous ? Y étiez-vous déjà allé avant ?
 - Et totalisant environ combien de voyages (FIFO) ?
 - Quand a eu lieu votre dernier voyage là-bas ?
- Travaillez-vous seul ou en équipe ? Toujours en face à face ? Thérapies individuelles ou couple ou famille aussi ?
- Comment s’organise votre travail et vos allers et retours ?
- Qu’est-ce qui vous a motivé à aller travailler à cette réserve ?

Questions semi-dirigées

- Comment avez-vous décidé de la réserve et pourquoi avez-vous décidé d’y travailler ?
- Quelles étaient vos impressions lors de vos premières visites ?
- Avez-vous perçu des changements depuis les premières visites ? Dans votre pratique et dans la communauté ?
- Aviez-vous suivi une ou des formations avant de travailler en contexte autochtone ?
 - Qu’en avez-vous pensé ? (Vous a-t-elle aidé et à quels niveaux ?)
- Quelles sont selon vous les particularités de la pratique en contexte autochtone ?
 - Prévalence différente des problèmes de santé ? Surreprésentation ?
 - Dans la communication ? Langue ? Méfiance ?
 - Alliance thérapeutique / assistance aux rendez-vous ?

- Ces particularités seraient liées à quoi selon vous ?
- Quels sont les plus gros défis/enjeux principaux que vous percevez dans la pratique de votre métier dans cette réserve ?
 - Durée et régularité des patients ?
- Percevez-vous des différences dans la manière des patients à formuler ou exprimer leur ressenti ? Ces différences relèvent-elles davantage d'une variabilité individuelle ou sont d'ordre culturelle ?
 - Thèmes qui reviennent souvent ? (rêves par exemple?)
- Bien qu'il soit difficile à déterminer clairement, diriez-vous que les thérapies en contexte autochtone se concluent différemment ?
- Lorsque vous n'y êtes pas sur place, assurez-vous des suivis ?
 - Faites-vous des consultations à distance ?
 - Est-ce qu'un autre psychologue vous remplace ?
- Comment c'est perçu dans la réserve de consulter ou d'avoir recours à une aide psychothérapeutique ?
 - Différences dans la perception / plus ou moins banal ? Encouragé ?
 - Qu'est-ce qui pousse les gens à aller consulter ? Y-vont-ils volontairement ou à contrecœur par exemple ?
- Pensez-vous qu'il y a des effets de la différence culturelle ou du fait que vous ne provenez pas de cette communauté sur votre travail?
- Quelles sont les différences selon vous entre la pratique en contexte interculturel (ethnopsychiatrique) et la pratique dans une communauté autochtone ou réserve ?
- Concernant le traitement et la guérison, en dehors des consultations « classiques », est-ce que certaines activités locales/communautaires sont réputées comme ayant des effets bénéfiques sur le bien-être sur la santé mentale ?
 - Activités traditionnelles, nature et camping ?
 - Autres formes de soins / traitements ?
- Est-ce que les services pourraient être améliorés selon vous ? Et de quelle manière ?
- D'autres choses à ajouter, sur votre pratique ou sur la communauté ?

Merci beaucoup pour votre temps et vos réponses !

Annexe 2 – Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Les défis de la pratique en santé mentale en contexte interculturel : le cas des cliniciens itinérants en communautés autochtones nordiques

Chercheuse étudiante : Edgar Blanchet, étudiant à la maîtrise, Département d'anthropologie
Université de Montréal
Directeur de recherche : Pierre Minn, professeur adjoint, Département d'anthropologie,
Université de Montréal

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche : Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre la rencontre clinique interculturelle et les spécificités des soins et traitements en santé mentale en milieux autochtones. Pour ce faire, nous comptons recueillir le point de vue d'une vingtaine d'intervenants qui travaillent dans ce contexte, de manière itinérante ou non.

2. Participation à la recherche

Votre participation consiste à accorder une entrevue au chercheur qui vous posera des questions sur votre travail en milieu autochtone. Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription, et devrait durer entre 45 et 75 minutes environ. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec l'intervieweur, selon vos disponibilités.

3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

4. Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à une meilleure compréhension sur la pratique de soins dans les communautés autochtones éloignées des hôpitaux.

5. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront **confidentiels**. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, chaque participant à la recherche se verra attribuer un code ou pseudonyme et seuls le chercheur connaîtra son identité. Les données seront conservées dans un lieu sûr. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

6. Compensation

Aucune forme de compensation ne vous sera remise à la fin de l'entrevue.

7. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions au chercheur et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : _____
(ou de son représentant)

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Edgar Blanchet au numéro de téléphone ----- ou à l'adresse courriel edgar.blanchet@umontreal.ca.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences par courriel à l'adresse ceras@umontreal.ca ou par téléphone au 514 343-7338 ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).